

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat groupe d'assurance à adhésion facultative N° 201808751006 souscrit par l'Association Le Collège des Assurés, Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 dont le siège social est situé 38 rue La Condamine 75017 Paris, ci-après dénommée « l'Association », 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 :

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 :

Garanties obligatoires :

- Décès ;
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Garanties facultatives :

- Invalidité Permanente Totale (IPT) ;
- Incapacité Temporaire Totale (ITT) ;
- Invalidité Permanente Partielle (IPP) ;
- Invalidité Professionnelle (IP) réservée aux professions médicales, aux vétérinaires et aux pharmaciens ;
- Perte de licence réservée aux sportifs professionnels (PL).

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

Sous réserve du respect des conditions figurant à l'article 3, les garanties ITT, IPT, IPP et IP peuvent être souscrites par le Candidat à l'assurance qu'il soit Actif ou Inactif à l'adhésion.

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

Formule 1 : Décès et PTIA ;

Formule 2 : Décès, PTIA, ITT, et IPT ;

Formule 3 : Décès, PTIA et IPT ;

Formule 4 : Décès, PTIA, ITT, IPT et IPP.

A l'adhésion, il est également proposé les garanties additionnelles et options suivantes :

- Garantie - Perte de licence (PL), réservée aux sportifs professionnels en activité : cette garantie peut être souscrite en complément des formules 1, 2, 3 ou 4. Cette garantie est réservée aux Candidats à l'assurance exerçant l'activité de Sportif Professionnel définie au lexique, résidant en France continentale et ne peut être souscrite que pour les prêts d'un montant maximum de 2 500 000 € pour un même assuré.
- Garantie - Invalidité Professionnelle (IP) : cette garantie peut être souscrite uniquement en complément des formules 2 ou 4.

- L'option Complément Prévoyance peut être souscrite pour les 4 combinaisons.
- De racheter, dans les conditions figurant à l'article 7.12 de la présente Notice d'information, certaines limitations de prise en charge.

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

Les capitaux assurés correspondent, sous réserve des limitations de la Mutuelle figurant sur le Certificat d'Assurance, au capital emprunté sur lequel est appliqué la Quotité choisie par le Candidat à l'assurance. La Quotité choisie pour chacune des garanties facultatives ne peut en aucun cas être supérieure à la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA. Les Quotités choisies pour les garanties facultatives et les options doivent être identiques.

Sans préjudice des limitations prévues à l'article 2 de la présente Notice d'information, le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour un même Assuré, ne pourra en aucun cas excéder 20 000 000 € et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.

Tout dossier d'un montant supérieur peut être soumis à la Mutuelle afin d'obtenir un accord dérogatoire et spécifique.

ARTICLE 2 – PRÊTS ASSURABLES :

Le contrat couvre les prêts immobiliers, consommations et les prêts professionnels suivants :

- Prêts amortissables de toute nature pour les particuliers ou les professionnels y compris les prêts à paliers lissés, à échéances constantes ou modulables, d'une durée maximale de 420 mois différé compris,
- Prêts à taux zéro (PTZ),
- Prêts immobiliers « relais » d'une durée maximale de 36 mois, à la condition que la demande d'adhésion comprenne également l'assurance du prêt immobilier du nouveau bien; et d'un montant maximum de 1 000 000 € ; les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt. Les prêts relais jusqu'à 350 000 € et d'une durée inférieure ou égale à 36 mois ne seront pas pris en compte dans le

Le contrat N°201808751006, souscrit par l'Association Le Collège des Assurés, est assuré par la MNCAP - Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété - Régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée 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 - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité. Le contrat est distribué par Digital Insure Distribution - SAS au capital de 247 023.00€, Courtier en assurance - Enregistré à l'ORIAS sous le n°17001098 - Enregistré au RCS de Paris sous le n° 824390579 - Siège social : 38 rue La Condamine - 75017 Paris, et ses distributeurs habilités. Le contrat est géré par Multinet Services - SAS au capital de 1205.90€ dont le siège social est situé au 38, rue La Condamine - 75017 Paris - Enregistrée au RCS de Paris sous le n°815 028 162.

cumul des capitaux pour la détermination des formalités médicales aux conditions cumulatives suivantes

- ✓ Le prêt relais doit être lié à un ou plusieurs prêts amortissables,
- ✓ Le montant assuré maximum en prêt relais est inférieur ou égal à 350 000€,
- ✓ Le cumul des capitaux assurés (prêts amortissables + prêt relais + encours) est inférieur ou égal à 1 000 000€.

- **Prêts immobiliers « In Fine »** d'une durée maximale de 240 mois.
- **Prêts professionnels immobiliers amortissables**, d'un montant maximal de 20 000 000 euros,
- **Prêts professionnels mobiliers amortissables**, d'un montant maximal de 180 000 euros et d'une durée maximale de 120 mois,
- **Prêts de regroupement de crédits**, d'une durée maximale de 360 mois ;

La durée du différé total est limitée à 36 mois.

Sont expressément exclus du contrat n°201808751006 : les découverts, crédits renouvelables, prêts en devise autres que l'euro et les prêts Banque de France.

Il est précisé que le bien objet du financement assuré doit être situé en France et que le contrat de prêt est libellé en euros, rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme prêteur français ou une succursale française d'un établissement étranger.

Le capital minimum assuré est de 18 000 € et le montant maximum des capitaux assurés au titre du contrat n°201808751006 est de 20 000 000 euros pour un même Assuré et pour l'ensemble des contrats de prêts garantis par la Mutuelle. Spécifiquement pour les Sportifs Professionnels le montant des capitaux assurés ne peut excéder 4 000 000 € au titre des garanties Décès, PTIA et IPT et 2 500 000 € au titre de la garantie Perte de licence.

Tout dossier d'un montant supérieur peut être soumis à la Mutuelle pour un accord dérogatoire et spécifique

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHESION EN VUE DE L'ADMISSION A L'ASSURANCE ET ENGAGEMENTS DE LA MUTUELLE :

A titre préalable, il est précisé que l'âge à l'adhésion est calculé en âge réel.

Tout Candidat à l'assurance doit :

- Etre âgé au jour de l'adhésion :
 - **d'au moins 18 ans et de moins de 85 ans** pour l'adhésion à la garantie Décès (**moins de 34 ans** pour les Sportifs Professionnels) ;
 - **d'au moins 18 ans et de moins de 67 ans** pour l'adhésion à la garantie PTIA (**moins de 34 ans** pour les Sportifs Professionnels) ;
 - **d'au moins 18 ans et de moins de 67 ans** pour l'adhésion aux garanties ITT, IPT et IPP, l'IP et les options correspondant aux rachats des exclusions relatives aux maladies psychiques, psychiatriques, atteintes discales, vertébrales, radicales (blessures) (**moins de 34 ans** pour les Sportifs Professionnels).
 - **d'au moins 18 ans et de moins de 34 ans** pour l'adhésion à la garantie Perte de Licence (**moins de 33 ans** pour les Sportifs Professionnels rugbymen).

- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement ;
- Avoir contracté le contrat de prêt assurable (tel que défini à l'article 2) auprès d'un organisme prêteur français ou d'une succursale française d'un organisme prêteur étranger ;
- Résider fiscalement en France continentale (hors Corse) pour souscrire à toutes les garanties et options (sous réserve du respect des autres conditions). Les personnes résidant fiscalement en Corse, à la Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Saint-Barthélemy à Saint-Martin ne peuvent souscrire qu'aux garanties Décès/PTIA et aux garanties facultatives ITT et IPT. Les personnes qui résident fiscalement dans un autre pays peuvent souscrire uniquement aux garanties Décès/PTIA seules sous réserve d'acceptation par la Mutuelle.

Sous réserve du respect de l'ensemble des conditions d'éligibilité et de l'accord de la Mutuelle, le contrat est ouvert aux Inactifs.

Tant pour l'âge limite à l'adhésion, que pour la cessation des garanties et pour le calcul des cotisations, l'âge pris en compte est l'âge réel de l'Assuré à la date de signature de l'offre de prêt.

Les adhésions sont reçues à l'aide d'une Demande d'Adhésion complétée et signée par le Candidat à l'assurance et soumise à la Mutuelle. La signature de ce document 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 d'admission contractuelles en vigueur à l'adhésion, notamment médicales.

Pour les prêts immobiliers non professionnels inférieurs ou égaux à 200 000 euros, l'admission à l'assurance n'est pas subordonnée à des formalités médicales, sauf si la date de remboursement du prêt est postérieure au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré ou si le cumul déclaré par le Candidat à l'assurance des prêts immobiliers (hors prêt relais) assurés par la Mutuelle ou par tout autre organisme d'assurance emprunteur est supérieur à 200 000 euros à l'adhésion.

En cas de souscription du Complément Prévoyance postérieurement ou concomitamment à la souscription de l'assurance emprunteur ou si les bénéficiaires du Complément Prévoyance sont les co-emprunteurs du bien financé, le cumul déclaré comprend les encours et la totalité du projet couvert par l'assurance emprunteur et le Complément prévoyance.

La Mutuelle peut accepter le Candidat à l'assurance aux conditions normales, auquel cas un Certificat d'Assurance sera émis.

Pour les demandes d'adhésion faisant l'objet d'une sélection médicale, 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 pourront être 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 « Proposition d'Accord », récapitulant le montant du prêt,

la quotité à assurer, les garanties proposées et éventuellement les clauses particulières, réserves et le tarif.

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

Les frais d'examen 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. Dans tous les autres cas, ils seront remboursés sur présentation des factures originales des examens médicaux dans les limites des plafonds de prise en charge. **Néanmoins, si le Candidat à l'assurance ne finalise pas son adhésion et que l'acceptation de la Mutuelle s'est faite sans réserve, surprime ou exclusion, la Mutuelle ne procédera à aucun remboursement des frais médicaux.** En revanche, le Candidat à l'assurance ou l'Assuré supportera les honoraires d'examen lorsque ces derniers n'ont pas été sollicités par la Mutuelle.

Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires sont à retourner à :

MNCAP EMPRUNTEUR PRO – A l'attention du Médecin-Conseil – 38 rue La Condamine 75017 PARIS

Toutefois, si **12 mois** se sont écoulés depuis la date de signature de la Demande d'Adhésion sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées.

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.

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

Article L. 221-14 du Code de la mutualité :

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

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

Ces dispositions sont applicables tant à l'adhésion qu'en cours de contrat.

Le Candidat à l'assurance qui a rempli des formalités médicales à l'adhésion 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 dispositions mentionnées ci-dessous ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels.

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 de la demande d'adhésion au niveau 2, 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, et sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Pour les prêts immobiliers (autres que la résidence principale) et les prêts professionnels : d'un encours cumulé des prêts d'au plus 420 000 € et d'une durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 71 ans au terme des prêts ;
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus 420 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans révolus (moins de 71 ans) au terme des prêts.

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

5.2 Garantie Invalidité Spécifique (IS AERAS) :

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (IS) est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties ITT et IPT ou IPP ou IP 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'incapacité 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 ITT, IPT et IPP figurant à l'article 8 « Exclusions » de la présente Notice.

5.3 Dispositif d'écrêtement des majorations de cotisation

Le dispositif d'écrêtement concerne les prêts immobiliers et professionnels d'un montant maximum de 420 000 €. Il intervient au 2^{ème} et 3^{ème} niveaux d'examen des demandes d'adhésion dès lors que la majoration de cotisation a pour effet que la cotisation globale représente plus de 1,4 points dans le taux effectif global (TEG) du prêt. La Mutuelle informe les Candidats à l'assurance de la possibilité de demander l'application du dispositif.

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

ARTICLE 6 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET ET CESSATION DE L'ADHESION – PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES :

6.1 – Prise d'effet et durée de l'adhésion :

L'adhésion au contrat prend effet à la date de retour par l'Assuré de la Proposition d'Accord signée ou de l'émission du Certificat d'Assurance.

L'adhésion est conclue pour une période d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction pour des périodes successives d'un an.

Cas de l'adhésion électronique : par dérogation à l'article 1366 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme électronique conservées par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix :

- valent signature par l'Assuré ;
- lui sont opposables ;
- peuvent être admises comme preuves de son identité et de son consentement relatif à l'adhésion au contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance dûment acceptés.

6.2 Prise d'effet et durée des garanties :

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

- **en cas de Vente à distance**, à la date de signature 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 suivant 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**, 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 (6) mois suivant 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 6.3 « Cessation de l'adhésion » et 6.4 « Cessation des garanties ».

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

6.3 Cessation de l'adhésion :

L'Adhésion prend fin pour l'Assuré :

- A la fin du terme contractuel des garanties et au plus tard au 35^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- Au terme normal de chaque prêt, sauf prorogation acceptée par la Mutuelle, et au plus tard au 35^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- En cas de résiliation du contrat de prêt ;
- A la date de remboursement anticipé total du contrat de prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- **En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;**
- En cas de résiliation du contrat de prêt dans les conditions figurant à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, reprises à l'article 22 « RESILIATION », sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur ;
- Lors du versement du capital restant dû en cas de Décès, de PTIA, d'IPT ou de Perte de Licence. Si le versement du capital garanti en cas de PL est inférieur au capital garanti en cas de Décès/PTIA, les garanties Décès, PTIA et IPT souscrites restent en vigueur à hauteur du capital restant dû résiduel assuré.
- A la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'Assuré est Caution,
- **En cas de fausse déclaration de l'Assuré, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.**

6.4 Cessation des garanties :

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

- La garantie Décès cesse au jour du 90^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- Les garanties PTIA et IPT cessent à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie ITT cesse à la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, ou à la date de reconnaissance de l'Assuré en IPP, en IPT ou en PTIA et au plus tard au jour 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- Les garanties IPP et IP cessent à la date de reconnaissance de l'Assuré en IPT ou à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué ;

Des conditions d'âge particulières sont applicables aux Sportifs Professionnels. Pour les Sportifs Professionnels, les garanties cessent :

Garanties pour les Sportifs Professionnels	Âges limites de cessation des garanties
Décès	35 ans au titre de la profession de Sportif Professionnel ;
PTIA	35 ans au titre de la profession de Sportif Professionnel
ITT/IPT/IPP	35 ans au titre de la profession de Sportif Professionnel
Perte de licence (hors rugbymen)	35 ans
Perte de licence (rugbymen)	34 ans

Lorsque le Sportif Professionnel aura déclaré à la Mutuelle la cessation de son activité de Sportif Professionnel et au plus tard lorsqu'il aura atteint l'âge maximum de garantie visé ci-dessus, l'Assuré pourra bénéficier des conditions et limites de garanties classiques.

ARTICLE 7 – GARANTIES DU CONTRAT ET MONTANT DE LA PRESTATION :

7.1. Garantie Décès Accidentel :

Le décès résultant d'un Accident est garanti dès la signature de la Demande d'Adhésion, dans les limites du présent article et de l'article 8 « EXCLUSIONS » de la présente Notice d'information. Tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par la Mutuelle, la couverture du risque Décès accidentel est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt et la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par la Mutuelle.

Dans le cas où la Mutuelle ne peut statuer sur l'adhésion avant l'expiration du troisième mois à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, la couverture du risque Décès accidentel cesse trois mois jour pour jour à compter de ladite date.

Si au vu des conclusions du Médecin conseil, la Mutuelle prononce le refus d'adhésion du Candidat à l'assurance, la couverture du risque de Décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification dudit refus au Candidat à l'assurance.

Le Décès consécutif à l'accident doit survenir dans les six (6) mois qui suivent la date dudit Accident.

Il est expressément précisé que seuls les Candidats à l'assurance qui adhèrent pour la première fois à une assurance de prêt sont éligibles à cette garantie, à l'exclusion de tous les Candidats à l'assurance sollicitant leur adhésion suite à la mise en œuvre de l'un des cas de résiliation mentionné à l'article L.221-10 du Code de la mutualité.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au titre de cette garantie.

L'indemnité versée au titre de la garantie Décès accidentel ne peut excéder 300 000 €.

Cette garantie cesse à la date d'émission du Certificat d'Adhésion ou à la date de la notification du refus par la Mutuelle et au plus tard, 60 jours à compter de la date de signature de la Demande d'Adhésion.

7.2 Garantie Décès - Etendue de la garantie :

En cas de décès de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement du capital restant dû au jour du décès, multiplié par la quotité assurée, majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, et éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

Les garanties joueront conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre, 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 % pour 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 à la date de l'échéance qui précède le 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 à la date de l'échéance qui précède le premier décès, multiplié par la quotité assurée sur la tête de l'Assuré décédé. Le co-contractant survivant reste assuré à hauteur de la Quotité souscrite sur le solde du prêt après indemnisation du premier Sinistre.

En cas de décès simultané des Co-assurés, la Mutuelle règle le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le 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.

Les prestations versées en cas de Perte de licence sont déduites du capital restant dû en cas de décès.

7.3 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

7.3.1 Définition de la garantie :

L'Assuré est reconnu en état de PTIA, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) et 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 au jour de son 70ème 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 d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

7.3.2 Etendue de la garantie :

Le montant du capital versé est égal à celui prévu en cas de Décès, calculé à la date de reconnaissance par le Médecin Conseil, de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenu au plus tard au jour du 70ème anniversaire 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.

Les prestations versées en cas de Perte de Licence sont déduites du capital restant dû en cas de 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.

7.4 Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

7.4.1 Définition de la garantie :

L'Assuré, qui est Actif au jour du Sinistre, est reconnu en état d'ITT avant la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard au jour de son 70ème anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) et 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, son activité professionnelle, sa recherche d'un emploi, lui procurant gain ou profit ou toutes ses occupations habituelles.

L'Assuré Inactif au jour du Sinistre est considéré en état d'ITT, 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, en centre hospitalier ou en centre de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles, à savoir : travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles. L'incapacité doit être temporaire et totale et doit être reconnue par une autorité médicale compétente.

La Mutuelle se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Cette définition de l'ITT s'applique également aux assurés qui collaborent effectivement et régulièrement à l'activité de leur conjoint artisan, commerçant, exerçant une profession libérale.

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.

Dans l'hypothèse où l'Assuré est une caution personne physique, les prestations ne seront versées que sous réserve de l'insolvabilité de l'emprunteur et le paiement, par l'Assuré, des échéances du prêt depuis au moins trois (3) mois continus depuis le jour du Sinistre.

A. Prestations garanties :

En cas d'ITT de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle indemnise, après application de la franchise et pendant la période d'ITT médicalement justifiée, le montant de chaque échéance exigible :

- en fonction des Quotités assurées définies au titre des garanties facultatives

- sur la base du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de la Mutuelle et dans la limite des échéances réellement dues par l'Assuré à l'organisme prêteur, y compris les intérêts
- dans la limite de 100 % du montant des échéances pour les Assurés Actifs et Inactifs.

Pour les résidents en France continentale, le **montant maximum de d'indemnisation mensuelle** versée par la Mutuelle en cas d'ITT est égal à :

- **21 000 € si l'Assuré est Actif au moment du Sinistre**
- **6 000 € si l'Assuré est Inactif au moment du Sinistre**

Pour les Assurés qui résident dans les DROM ou en Corse, le **montant maximum de l'indemnité journalière** versée par la Mutuelle en cas d'ITT est égal à :

- **10 500 € si l'Assuré est Actif au moment du Sinistre**
- **3 000 € si l'Assuré est Inactif au moment du Sinistre**

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé), de prêts relais ou de prêts in fine, il sera versé, prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Assuré au titre du prêt garanti. Pour les prêts in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital). Sont également 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 est précisé que si l'Assuré est Inactif au moment du Sinistre les prestations sont réglées sous réserve de l'application **d'une franchise minimum de 90 jours** (ou plus selon le choix fait par l'Assuré lors de l'adhésion). Il sera appliqué à chacun des Sinistres la même période de Franchise et la même durée maximum d'indemnisation.

Il est également précisé que la franchise applicable au Sportif Professionnel ne peut être inférieure à 120 jours.

Dans les deux cas, le versement des indemnités journalières se poursuit dans les limites fixées à l'article 7.3.3 de la présente Notice d'Information.

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'ITT, 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'ITT 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 6.3 « Cessation de l'adhésion ».

Le mi-temps thérapeutique n'est pas pris en charge pour les prêts in fine, relais et pendant la période de différé.

D. Maternité :

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

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

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

7.4.3 - Durée de service des prestations :

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'ITT sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.3 « 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 d'information ;
- Refus de se soumettre au contrôle diligenté par la Mutuelle (sauf cas de force majeure) ;
- A la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré (notamment en cas de reconnaissance d'un état d'IPP, d'IP, d'IPT, ou de PTIA) ;
- Reprise d'une activité professionnelle même partielle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle à mi-temps thérapeutique).

7.5 - Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) :

7.5.1 - Définition de la garantie :

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

- L'Assuré Actif au jour du Sinistre se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale, totale et définitive, médicalement constatée, d'exercer, son activité professionnelle, sa recherche d'un emploi, lui procurant gain ou profit ou toutes ses occupations habituelles.
- L'Assuré Inactif ou le Sportif Professionnel est privé de manière totale et définitive de tout ou partie de ses capacités physiques ou mentales, médicalement constatée.

L'état d'IPT de l'Assuré doit être reconnu par le Médecin-Expert de la Mutuelle, après Consolidation de son état de santé, à un **taux global d'invalidité « N » au moins égal à 66%**.

7.5.2 - Etendue de la garantie :

Il est rappelé que 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.

Pour les Sportifs Professionnels, les prestations éventuellement versées en cas d'IPT au titre du contrat pour un même événement sont déduites des prestations versées en cas de Perte de Licence. De même les prestations versées en cas de Perte de Licence au titre du contrat pour un même événement sont déduites des prestations versées en cas d'IPT.

Pour les prêts relais, in fine, les prestations sont obligatoirement versées périodiquement, le versement en capital est exclu.

A l'adhésion, l'Assuré a le choix entre deux modes de règlement des prestations :

- Versement périodique des prestations sous forme de mensualités correspondants à une échéance de prêt ;
- Versement du capital restant dû.

7.5.2.A - Prestations périodiques - versement sous forme de mensualités :

Si l'Assuré a choisi de recevoir ses prestations sous forme d'indemnités mensuelles, dans ce cas, dès lors que l'état d'IPT est reconnu par la Mutuelle, cette dernière indemnise, pendant la période d'IPT médicalement justifiée, le montant de chaque échéance de prêt en fonction des Quotités assurées définies au titre des garanties facultatives :

- au prorata du nombre de jours d'invalidité dûment justifiés et acceptés par la Mutuelle
- sur la base du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de la Mutuelle et dans la limite des échéances réellement dus par l'Assuré à l'organisme prêteur, y compris les intérêts
- dans la limite de 100 % du montant des échéances de prêt pour les Assurés Actifs et Inactifs.

Pour les résidents en France continentale (hors Corse), **le montant maximum de l'indemnisation mensuelle** versée par la Mutuelle en cas d'IPT est égal à :

- **21 000 € si l'Assuré est Actif au moment du Sinistre ;**
- **6 000 € si l'Assuré est Inactif au moment du Sinistre.**

Pour les résidents dans les DROM ou en Corse, **le montant maximum de l'indemnité mensuelle** versée par la Mutuelle en cas d'IPT est égal à :

- **10 500 € si l'Assuré est Actif au moment du Sinistre ;**
- **3 000 € si l'Assuré est Inactif au moment du Sinistre.**

Le montant d'indemnité mensuelle s'apprécie au cumul des prêts souscrits auprès de la Mutuelle.

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

Sont également 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.

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 versé une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100% de l'échéance réellement due à l'organisme prêteur.

7.5.2.B - Prestation unique - option versement en capital :

La prestation unique peut être versée à l'Assuré qui a souscrit l'option versement en capital à l'adhésion et qui exerce une activité professionnelle au jour du Sinistre.

En cas d'IPT de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement du capital restant dû sur le prêt assuré, affecté de la Quotité assurée et calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur, **sans pouvoir excéder un montant maximum de 5 (cinq) millions d'euros**, à l'exclusion des mensualités échu(e)s et non réglé(e)s ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt, à la date de reconnaissance par le Médecin-Conseil de l'IPT.

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

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.

Si le capital restant dû au jour du Sinistre est supérieur à 5 (cinq) millions d'euros, l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès et PTIA pour le montant résiduel excédant la limite de 5 (cinq) millions d'euros.

Les règles relatives au paiement de la prestation et au cumul d'assurance sur plusieurs têtes telles que mentionnées ci-dessus à l'article 7.2 pour la garantie Décès sont applicables à la garantie IPT. Sans préjudice des dispositions figurant aux articles 6.3 et 6.4 de la présente Notice d'information, 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.

7.5.2.C - Détermination du taux Global d'invalidité « N » :

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

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 en fonction du taux et de la nature de l'invalidité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions d'exercice normales et ce abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

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

Taux Global N		Taux d'Invalidité Fonctionnelle								
		20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	90.0%	100%
Taux d'Invalidité Professionnelle	10%				29.2%	33.0%	36.6%	40.0%	43.3%	46.4%
	20%			31.8%	36.9%	41.6%	46.1%	50.4%	54.5%	58.5%
	30%		30.0%	36.3%	42.2%	47.6%	52.8%	57.7%	62.4%	66.9%
	40%	25.2%	33.0%	40.0%	46.4%	52.4%	58.1%	63.5%	68.7%	73.7%
	50%	27.1%	35.6%	43.1%	50.0%	56.5%	62.6%	68.4%	74.0%	79.4%
	60%	28.9%	37.8%	45.8%	53.1%	60.0%	66.5%	72.7%	78.6%	84.3%
	70%	30.4%	39.8%	48.2%	55.9%	63.2%	70.0%	76.5%	82.8%	88.8%
	80%	31.8%	41.6%	50.4%	58.5%	66.0%	73.2%	80.0%	86.5%	92.8%
	90%	33.0%	43.3%	52.4%	60.8%	68.7%	76.1%	83.2%	90.0%	96.6%
	100%	34.2%	44.8%	54.3%	63.0%	71.1%	78.8%	86.2%	93.2%	100%

Pour les Assurés Inactifs ou Sportifs Professionnels au jour du Sinistre, le taux global d'invalidité « N » est déterminé en fonction du seul taux d'invalidité fonctionnelle.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème de droit commun publié par le « Concours Médical » qui sera utilisé et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle. Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc).

7.5.3 - Durée de service des prestations :

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'IPT sans pouvoir excéder les limites fixées à l'Article 6.4 « Cessation des garanties » et au présent article.

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 d'information ;**
- **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.

7.6. - Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) :

7.6.1 - Définition de la garantie :

L'Assuré Actif au moment du Sinistre, est reconnu en état d'IPP pendant la période de validité de la garantie, avant la date de liquidation de sa pension de retraite et au plus tard au jour de son 70ème anniversaire, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- s'il se trouve 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 ou égal à 33% et inférieur à 66%.

La détermination du taux global d'invalidité « N » est identique à celle utilisée pour l'IPT à l'article 7.5.2.C de la présente Notice d'information.

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie IPP, l'invalidité est constatée par un médecin-expert qui reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé.

7.6.2 - 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'IPP de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle versera, **au prorata temporis et à terme échu 50% de la prestation définie au titre de la garantie ITT**, dans la limite des échéances réellement du(e)s par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, en fonction de la Quotité assurée, pendant la période d'IPP.

Sont exclus de la garantie les échéances échu(e)s et non réglé(e)s 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 de différé d'amortissement (pendant la période de différé), de prêts relais ou de prêts in fine, il sera versé, prorata temporis et à terme échu, les seuls intérêts annuels dus par l'Assuré au titre du prêt garanti. Pour les prêts in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'IPP 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.

La prise en charge des remboursements s'applique pendant la durée de l'invalidité et tant que le terme des prestations tel que déterminé à l'article 6.4 de la présente Notice d'information n'est pas atteint.

Les prestations éventuellement versées en cas d'IPP au titre du contrat pour un même événement sont déduites des prestations versées en cas de Perte de Licence. De même les prestations versées en cas de Perte de Licence au titre du contrat pour un même événement sont déduites des prestations versées en cas d'IPP.

7.6.3 - Durée de service des prestations :

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'IPP sans pouvoir excéder les limites fixées à l'article 6.4 « Cessation des garanties ».

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 d'information ;
- 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 son taux d'invalidité devient inférieur à 33% ;
- En cas d'indemnisation au titre de la garantie IPT ;
- Reprise d'une activité professionnelle ;
- Reconnaissance d'un état de PTIA et d'indemnisation à ce titre.

7.7 - Invalidité Professionnelle réservée aux professions médicales et aux vétérinaires et aux pharmaciens (IP) :

7.7.1 – Conditions d'adhésion :

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément des Formules 2 ou 4. Pour pouvoir bénéficier de prestations au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier de son activité professionnelle au jour du Sinistre.

L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Professionnelle à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale, médicalement constatée, d'exercer en totalité, ou en partie, l'activité pratiquée au jour du Sinistre. La maladie ou l'accident garanti(e) doit survenir postérieurement à la prise d'effet des garanties et au plus tard le jour de son 70ème anniversaire.

Cette garantie est exclusivement destinée aux personnes exerçant une des professions de santé suivantes à l'adhésion : médecins enregistrés au Conseil National de l'Ordre des Médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes enregistrés au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sage-femme, interne en médecine ou vétérinaire.

Au moment de l'adhésion, le Candidat à l'assurance peut choisir le taux d'invalidité à partir duquel il souhaite être couvert : 15% ou 33%.

7.7.2 – Prestations sous forme de rente :

Pour les professions médicales, les vétérinaires et les pharmaciens citées ci-dessus, en cas d'Invalidité Professionnelle de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle verse, une rente d'invalidité dont le montant est calculé proportionnellement au taux d'invalidité évalué en fonction de la Quotité choisie et du montant de la mensualité du prêt. Le taux d'invalidité détermine le montant de la rente dans les conditions suivantes, si le taux d'invalidité est :

- supérieur à 66% : la rente d'invalidité est versée intégralement ;
- compris entre 33% et 66% : la rente d'invalidité est versée à 50% ;
- compris entre 15% et 33%, sous réserve que l'option 15% ait été souscrite, la rente invalidité est versée à 25%.

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

7.7.3 – Détermination de l'Invalidité Professionnelle :

L'Invalidité Professionnelle est constatée par la Mutuelle par expertise médicale. Le médecin expert désigné par la Mutuelle reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé (voir définition de « Consolidation »). L'IP réservée aux professions médicales, vétérinaires et pharmaciens, ouvrant droit à prestations tient compte uniquement de l'invalidité professionnelle appréciée en fonction de la profession exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident générateur de l'invalidité, en tenant compte, des conditions normales d'exercice de la profession, des possibilités d'exercice qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles.

En cas de pluralité d'Assurés : 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% de la mensualité du prêt due 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 IP.

Le taux d'invalidité est apprécié de 0% à 100% en tenant compte de la capacité de l'Assuré à exercer son activité professionnelle. La constatation dudit taux d'invalidité doit être réalisée en France métropolitaine.

Si un Accident ou une Maladie entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité sera calculé en considérant le taux de l'infirmité la plus handicapante, puis les taux suivants dans un ordre décroissant par rapport au pourcentage restant.

Le taux définitif qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème communiqué et le taux antérieur à l'accident ou à la maladie assurée.

7.8 – Non cumul des prestations d'invalidité :

L'Assuré ayant souscrit la garantie IPP et la garantie IP ne pourra pas cumuler les prestations en cas de Sinistre. La Mutuelle appliquera la garantie offrant à l'Assuré la meilleure indemnisation.

7.9 - Garantie Perte de Licence (PL) pour les Sportifs Professionnels :

Il faut entendre par perte de licence, toute infirmité résultant d'un Accident ou d'une Maladie garantis et entraînant l'impossibilité définitive, pour l'Assuré, d'exercer son activité de Sportif Professionnel et de percevoir, sous quelque forme que ce soit, une rémunération mensuelle fixe, soit un salaire directement lié à cette activité.

En cas de Perte de Licence pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement du capital restant dû au jour de la reconnaissance de la Perte de Licence par la Mutuelle, 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 et des montants maximum définis ci-dessous, 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.

Les **montants maximums garantis** au titre de la garantie Perte de Licence ne peuvent excéder les montants suivants déterminés en fonction de l'âge de l'Assuré au moment du Sinistre à l'exception des joueurs de rugby professionnels :

18 à 30 ans	2 500 000 €
31 ans	800 000 €
32 ans	400 000 €
33 ans	150 000 €
34 à 35 ans	100 000 €

Spécifiquement pour les joueurs de rugby professionnels, les montants maximums garantis au titre de la garantie Perte de Licence ne peuvent excéder les montants suivants :

18 à 28 ans	400 000 €
28 à 30 ans	250 000 €
31 à 32 ans	75 000 €
33 à 34 ans	50 000 €

La garantie Perte de Licence sera versée à l'Assuré selon les critères et modalités suivantes :

- L'état ouvrant droit à la garantie Perte de Licence, survenu pendant la période de garantie, devra être reconnu, à la date de consolidation et à l'issue de l'arrêt de travail total sauf appréciation contraire de la Mutuelle. La date de reconnaissance de la consolidation par la

Mutuelle interviendra au plus tôt à la date de reconnaissance de la consolidation par le régime obligatoire.

- Si, dans un délai de trois (3) ans à compter de la date du paiement de l'indemnité, l'Assuré reprenait l'exercice de sa profession de Sportif Professionnel, la Mutuelle aurait droit au remboursement par l'Assuré du capital versé, sauf s'il est prouvé par l'Assuré, qu'à l'époque de l'Accident ou de la Maladie, aucun traitement médical efficace n'existait, lui permettant de reprendre son activité de Sportif Professionnel.

Le versement de la prestation Perte de Licence entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné si le versement de la Perte de Licence solde le capital restant dû. Dans le cas contraire, les garanties souscrites restent éligibles.

Les prestations éventuellement versées en cas d'IPT ou d'IPP, au titre du contrat pour un même évènement, sont déduites de la prestation versée en cas de Perte de Licence.

En cas de cessation d'activité de Sportif Professionnel, ou si l'âge limite pour bénéficier des garanties a été atteint, l'Assuré ne bénéficiera plus de l'option Perte de licence, mais pourra continuer de bénéficier des garanties dans les conditions prévues par la présente Notice d'information.

Dans l'hypothèse où l'Assuré exercerait une nouvelle activité professionnelle, il devra le déclarer à la Mutuelle.

7.10 – Garantie Exonération des cotisations en cas d'ITT, IPT, IPP, IP en échéances :

Les garanties ITT, IPT (uniquement si l'option versement sous forme de mensualités a été choisie), IPP, IP et IS AERAS sont assorties d'une garantie Exonération.

Lorsque l'Assuré se trouve en état d'invalidité ou d'incapacité reconnue par la Mutuelle, il est exonéré des cotisations d'assurance qui seraient dues au titre du Contrat pendant la période de prise en charge de l'ITT, de l'IPT, de l'IPP, de l'IP ou de la IS AERAS. En conséquence, le paiement des cotisations d'assurance est suspendu durant cette période.

La garantie exonération des cotisations ne vaut pas pour les Sportifs Professionnels et la garantie Perte de Licence.

7.11 – Option Complément Prévoyance :

L'option Complément Prévoyance est destinée aux personnes physiques qui lors de l'octroi du prêt ont souscrit une « assurance emprunteur » au profit de l'organisme prêteur pour une quotité assurée inférieure à 100% et qui souhaitent prévoir le versement de prestations à un bénéficiaire autre que l'organisme prêteur.

En toutes circonstances, le versement des prestations ne peut être fait que sur un compte ouvert en France.

Elle peut être souscrite dans les 6 mois suivant la date de déblocage du prêt, que l'« assurance emprunteur » au bénéfice de l'organisme prêteur résulte de l'adhésion au présent contrat MNCAP Emprunteur Pro ou à tout autre contrat d'assurance des emprunteurs.

Dans tous les cas, le total des prestations cumulées (garantie souscrite au bénéfice de l'organisme prêteur et complément prévoyance) ne pourra pas excéder 100% de l'échéance, du loyer, du capital restant dû ou de la Valeur résiduelle du bien au titre des garanties Décès/PTIA/ ITT/IPT/IPP du prêt souscrit.

En cas de modification à la hausse de la quotité assurée au titre de l'« assurance emprunteur » dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur, l'assuré doit informer le Gestionnaire par écrit afin que puisse être ajustée le cas échéant la quotité assurée au titre de l'option Complément Prévoyance.

En cas de modification à la baisse de la quotité assurée au titre de l'« assurance emprunteur » dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur, l'assuré doit informer le Gestionnaire par écrit afin que puisse être ajustée le cas échéant la quotité assurée au titre de l'option Complément Prévoyance. Le cas échéant, des formalités médicales préalables sont nécessaires avant l'entrée en vigueur de cette modification à la hausse.

Conditions de souscription de cette garantie :

- La quotité définie au titre des garanties facultatives de l'« assurance emprunteur » doit être inférieure ou égale à celle définie au titre des garanties principales
- Pour des prêts non professionnels
- Le bénéficiaire des prestations PTIA/ITT/IPT/IPP est obligatoirement l'assuré
- L'assuré ne doit pas être Inactif ni être Chômeur au moment de l'adhésion
- La garantie ITT est indissociable de la garantie IPT

L'intégralité des dispositions de la présente notice relatives aux garanties Décès/PTIA, ITT, IPT, IPP est applicable à l'option Complément Prévoyance Décès/PTIA/Incapacité/Invalidité.

La prestation est égale à la prestation définie pour les garanties Décès/PTIA, ITT, IPT, IPP du présent contrat multipliée par la quotité assurée au titre de l'option Complément Prévoyance, sans que cette garantie et les garanties déjà souscrites au titre du prêt ne puissent excéder 100% du montant des échéances/loyers exigibles.

7.12 - 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 des exclusions relatives à l'ITT, IPT, IPP et IP de l'article 8 – « EXCLUSIONS » ne seront pas appliquées en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IP, si le Candidat à l'assurance a décidé de racheter au moment de l'adhésion, en tout ou partie, ces exclusions en souscrivant l'une des trois options. Les trois options possibles sont :

- Rachat des exclusions des affections Psy : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IP résultant et/ou provenant des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus ou d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections sans conditions d'hospitalisation ;
- Rachat des exclusions des affections Dos : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IP résultant et/ou provenant des affections disco-vertébrales et/ou paravertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie,

lombalgie, contusion cervicale), sans condition d'hospitalisation et/ou d'intervention chirurgicale ;

- Rachat des affections Dos et des affections Psy.

Les options ci-dessus ne peuvent être souscrites que dans les cas suivants :

- par des personnes résidant fiscalement en France métropolitaine (hors Corse) ;
- par un Sportif Professionnel n'ayant pas souscrit l'option Perte de licence.

ARTICLE 8 – EXCLUSIONS :

Ne sont pas garantis au titre de la garantie Décès :

- le suicide pendant la 1ère année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal, le suicide est garanti pendant la 1ère année d'assurance mais son indemnisation n'excèdera pas la limite du montant fixé par décret ;
- les conséquences de vols sur appareil non pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltiges libres, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype, pratique du deltaplane, ULM, parapente ;
- les conséquences d'accidents causés par des cataclysmes ou les dommages résultant de faits de guerre étrangère, de guerre civile ou d'émeute sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel ;
- la conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur au jour du Sinistre relative au Code de la route français ou du pays où a lieu l'Accident si le taux d'alcool maximum autorisé par la réglementation locale est plus faible ;
- les suites et conséquences de l'usage de stupéfiants par l'Assuré à des fins autres que médicales ou non ordonnées médicalement ou à des doses non prescrites ;
- l'homicide volontaire d'un titulaire de l'assurance par un co-Assuré ou Bénéficiaire ;
- les événements causés ou aggravés par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants sauf si l'Assuré se trouve en situation d'activité professionnelle qui a été déclarée à l'adhésion.

Au titre de la garantie PTIA, outre les exclusions au titre de la garantie Décès, sont également exclues les suites et conséquences :

- d'Accidents ou de Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'adhésion et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'adhésion, sauf s'ils ont été déclarés à la souscription et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion ou restriction de garantie ;
- d'Accidents ou de Maladies résultant d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire ;
- d'Accidents ou de Maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré ;
- les atteintes corporelles qui résultent d'une action volontaire d'un titulaire de l'assurance sur un co-Assuré ou un Bénéficiaire ;

- Ne sont pas garanties au titre des garanties ITT, IPT, IPP ou IP :
- les exclusions prévues au titre des garanties Décès et PTIA ;
- les arrêts de travail en cours à la date d'effet, ainsi que leurs suites et conséquences
- les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'Assuré ;
- les atteintes corporelles ou non, résultantes d'une tentative de suicide ;
- les cures thermales, marines ou de rajeunissement, de désintoxication même effectuées en établissements hospitaliers ainsi que les séjours en établissement de repos ;
- les arrêts de travail correspondant à la durée légale du congé maternité, défini à l'article L.1225-17 du Code du travail, que l'Assurée soit salariée ou non, sauf si pendant cette période l'Assurée subit un Accident ou une Maladie garantie non lié à la maternité ;
- Les affections psychiatriques, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un burn-out, de troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie), d'épuisement, de troubles du comportement et de la personnalité, les TOC (troubles obsessionnels compulsifs), l'anorexie, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une hospitalisation de plus de dix (10) jours consécutifs. Conformément à l'article 7.12 de la Notice d'information, les Assurés ont la possibilité, à l'adhésion, de souscrire une option permettant de garantir ces affectations sans condition d'hospitalisation.
- Les affections dues à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie, cervico brachiale, protrusion, discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale ou une hospitalisation continue de plus de cinq (5) jours consécutifs. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections fracturaires post-traumatiques ou tumorales liées au dos. Si l'hospitalisation a lieu au cours de six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise.

Conformément à l'article 7.12 de la Notice d'information, les Assurés ont la possibilité, à l'adhésion, de souscrire une option permettant de garantir ces affectations sans condition d'hospitalisation.

Exclusions liées aux pratiques sportives :

La pratique des sports cités ci-dessous sont exclus. Néanmoins, ces sports sont couverts s'ils entrent dans le cadre d'une activité professionnelle mentionnée sur la demande d'adhésion et si, les sports amateurs pratiqués par l'assuré font l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires.

Sont exclus de toutes les garanties, les suites et conséquences résultant de la pratique des sports suivants :

- Les sports nautiques suivants : plongée d'une profondeur supérieure à 20 mètres, navigation au-delà de 20 miles nautiques des côtes, courses de hors-bord, courses d'off-shore,

catamaran, voile (longue traversée), canyoning, rafting, pêche au gros ;

- Les sports automobiles et motocycles suivants : formules 1/3/3000, rallyes, courses de côtes, courses sur circuit, stock-car, épreuves sur glace, dragster, hot rod, raid, speed way, épreuves de vitesse, endurance, trial, motoneige en compétition, quad en compétition, karting en compétition, enduro, moto cross ;
- Les sports de combats suivants : boxe américaine, boxe anglaise, boxe thaï (kick boxing), boxe birmane, full contact ;
- Les sports aériens suivants : aviation, hélicoptère, ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, montgolfière avec compétition, planeur, vol à voile, voltige et autres sports aéronautiques ;
- Les sports divers suivants : saut à l'élastique, VTT de descente en compétition ;
- Les sports de montagne suivants : alpinisme, randonnée en haute montagne (plus de 3 000 mètres), escalade de niveau supérieur à 5, trekking, bobsleigh, skeleton, ski/surf hors-pistes, spéléologie, luge sur glace ;
- Les sports équestres suivants : concours complet, cross-country, courses hippiques, endurance à cheval, marathon d'équitation, attelage, débouillage, courses et/ou concours de sauts d'obstacles, courses de plat, courses de trot, manège équestre, polo, rodéo ;

Toutefois, à la demande expresse du Candidat à l'assurance, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées sous réserve d'acceptation préalable de la Mutuelle et moyennant tarification spéciale.

La pratique ponctuelle, qui en tout état de cause, devra conserver un caractère exceptionnel à l'occasion d'un événement spécifique, sera couverte sans tarification spéciale ni majoration. Il incombera à l'Assuré d'une part de rapporter la preuve du caractère exceptionnel de cette pratique et d'autre part, d'établir que cette pratique a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

Exclusions liées aux pratiques professionnelles :

Sont exclues de toutes les garanties les personnes exerçant les professions suivantes :

- Artistes, cascadeur ;
- Docker ;
- Guide de chasse (safari) ;
- Professions avec travaux en hauteur (de plus de 20 mètres), souterrains ou sous-marins ;
- Voyance, occultisme, sorcellerie.

Toutefois, à la demande expresse du Candidat à l'assurance, tout ou partie de ces professions peuvent être assurées sous réserve d'acceptation préalable de la Mutuelle et moyennant tarification spéciale.

Sont également exclus, pour les Sportifs Professionnels et pour toutes les garanties :

- Pour les joueurs en arrêt d'activité au moment de l'adhésion : exclusions des suites et conséquences de Maladie ou d'Accident à l'origine de cet arrêt ;
- Le kidnapping et ses conséquences ;
- La négligence, le défaut de soins ou l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure). Les garanties

sont alors versées en fonction des conséquences que la Maladie ou l'Accident aurait eues sur une personne soignée dans les règles de l'art.

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. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans la limite des dispositions prévues à l'article 6.4 « Cessation des garanties » selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de celle des avenants.

Toutefois, en cas d'arrêt de la consommation de tabac, de changement de profession ou de modification de la pratique d'une activité sportive de nature à réduire les risques garantis, le montant des cotisations pourra être revu à la baisse sous réserve de l'accord de la Mutuelle.

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

9.2 Modification du tableau d'amortissement

Les garanties s'appliqueront conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre dans la limite du montant garanti.

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 trois (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 six (6) mois précédant la date d'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées en ITT ou IPP.

9.3 - Modification des garanties

Une fois le Certificat d'Assurance émis, les garanties souscrites sont acquises pendant toute la durée du contrat, sous réserve de modifications légales ou réglementaires imposant la modification de ces garanties.

Les demandes de modifications des garanties ou d'augmentation ou de diminution de la Quotité assurée ou de la durée du prêt 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.

S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de l'accord écrit du bénéficiaire acceptant par la Mutuelle, sous réserve du paiement de la cotisation d'assurance.

S'il s'agit d'une augmentation, cette modification prend effet à la date d'effet des garanties mentionnées sur l'avenant au Certificat d'Assurance et au plus tôt à la date d'acceptation de la modification par la Mutuelle, l'acceptation du changement étant subordonnée aux résultats des nouvelles formalités d'adhésion.

Toutefois, il est précisé que les demandes de modification de la durée initiale du prêt et/ou du montant du capital par l'Assuré, en cours d'assurance, et acceptées par l'organisme prêteur, suite à une variation ne donnent pas à lieu à l'établissement de nouvelles formalités d'adhésion ou médicales sous réserve du strict respect des conditions cumulatives suivantes :

- l'Assuré reste dans la même tranche d'âge et de capitaux que lorsqu'il a rempli sa demande d'adhésion ;
- l'augmentation du capital ne doit pas dépasser 15% du montant initial assuré ;
- l'augmentation de la durée ne doit pas dépasser 15% de la durée initiale du prêt.

Dans le cas de la désolidarisation de l'un des emprunteurs, 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.

En cas de cessation de son activité de Sportif Professionnel, l'Assuré :

- doit, dès qu'il en a connaissance, en informer la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception. La cessation de son activité professionnelle met fin à la garantie Perte de Licence ;
- peut souscrire les garanties IPP, IPT et ITT pour les prêts immobiliers destinés à l'acquisition de sa résidence principale, pendant un délai maximum de six (6) mois après la date de cessation de son activité de Sportif Professionnel, sans sélection médicale et à condition que sa nouvelle activité professionnelle soit déclarée à la Mutuelle. Ces garanties sont acquises après un délai de carence d'un (1) an.

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.

L'Assuré doit déclarer son état d'ITT dans un délai de 180 jours. En cas de déclaration tardive, les prestations débiteront à compter de la date de réception par la Mutuelle de la déclaration sans application du délai de Franchise.

Si l'Assuré ne réside pas en France, la preuve de la PTIA, de l'IPT, de l'ITT, ou de l'IPP doit être fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par la Mutuelle. A défaut, la garantie sera maintenue, mais le droit à prestation sera suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine ou dans les DROM.

L'IP ou la Perte de Licence devra obligatoirement être constatée en France pour ouvrir droit aux prestations.

Les déclarations de Sinistre devront être adressées soit en ligne via son espace client, soit par voie postale à l'adresse suivante :

MNCAP EMPRUNTEUR PRO – Service gestion des sinistres - 38 rue La Condamine 75017 PARIS.

Les justificatifs suivants devront être joints à la déclaration de Sinistre :

Pièces à fournir :

1. Dans tous les cas

- Une déclaration de Sinistre ;
- Le certificat d'assurance en vigueur ;
- Une copie de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité ;
- 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 prêteur ;
- Une copie du contrat de prêt ;
- Le RIB de l'organisme prêteur ;
- Si l'Assuré est caution, les pièces justifiant qu'il se substitue à l'Emprunteur depuis au moins trois mois ;
- Toute autre pièce jugée nécessaire par la Mutuelle.

En cas d'Accident, l'Assuré ou ses ayants droit doivent fournir les documents suivants :

- Un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- Les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de presse, articles internet... ;

En l'absence de transmission des documents sollicités par la Mutuelle, la prise en charge ne pourra être accordée.

2. En cas de Décès

- Un acte intégral de décès établi par un bureau d'état civil ou, en cas de décès à l'étranger, par la représentation française située dans le pays concerné (consulat ou ambassade) ;
- Un certificat médical sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle ;
- L'intégralité du procès-verbal de police ou de gendarmerie établi en cas d'Accident.

3. En cas de PTIA ou d'IPT

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle, remplie par le médecin traitant de l'Assuré ;
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou d'une rente d'invalidité de 2ème catégorie ;
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides ou la notification de la rente accident du travail à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme ;
- S'agissant d'un Assuré non assujéti à la Sécurité sociale, s'il est affilié à un organisme social, un document attestant la reconnaissance de l'état de PTIA par son organisme d'affiliation, sinon un certificat médical établi par son médecin traitant.

4. En cas d'ITT, d'IPP ou d'IP

- 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) ;

- La copie de la prescription médicale exigeant un repos complet et continu à son domicile, en centre hospitalier ou en centre de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles

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.

5. En cas de Perte de Licence :

La Mutuelle mandatera un expert et fournira un modèle de rapport d'expertise préétabli décrivant la nature des lésions ou blessures ainsi que leurs conséquences probables.

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'ITT, d'IPT ou d'une attestation trimestrielle en cas d'IPP.

Les pièces émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la Mutuelle. Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas, à elles seules, de justifier d'une ITT, IPP, IPT, IP ou PTIA.

Il est rappelé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants-droits, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, 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, PTIA, ITT, IPT, IPP, IP ou PL.

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

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

Dans le cadre de l'option Complément Prévoyance, en cas de Décès, la prestation est versée au co-emprunteur ou au conjoint de l'Assuré, à défaut son concubin notoire, à défaut ses enfants vivants ou représentés, à défaut ses héritiers.

L'Adhérent peut modifier le ou les bénéficiaires désignés en cas de décès en contactant Digital Insure Services soit par l'espace client soit par courrier – MNCAP Emprunteur Pro - 38 rue La Condamine - 75017 PARIS.

ARTICLE 12 – TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans le monde entier, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) et séjours à

l'étranger sous réserve des dispositions figurant à l'article 8 « EXCLUSIONS », Les garanties peuvent faire l'objet de limitation ou d'exclusion selon la durée du séjour et/ou le lieu du séjour déclarés au moment de l'adhésion.

Prêts de Sportifs Professionnels à l'étranger : La garantie Perte de Licence est maintenue exclusivement pour les joueurs sous contrat avec un club professionnel français mis à disposition d'une équipe nationale ou internationale.

ARTICLE 13 – DECISION DE LA MUTUELLE, CONTRÔLE ET CONTESTATION

La Mutuelle peut, à tout moment et à ses frais, 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 contractuel d'invalidité et de son droit à prestation.

Si l'Assuré le souhaite, le contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix, à ses frais.

Tout refus de prise en charge initiale ou de poursuite de la prise en charge de la Mutuelle à la suite d'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. Si l'Assuré est domicilié hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de Paris Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties sous réserve du recours par voie de droit.

L'Assuré prendra à sa charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert et la moitié des frais de nomination dudit tiers expert, quelle que soit l'issue de la tierce expertise.

ARTICLE 14 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution du contrat, l'Assuré peut s'adresser à la Mutuelle qui sera en mesure d'étudier ses demandes.

Si les réponses apportées ne satisfont pas l'Assuré ou s'il souhaite faire une réclamation, l'Assuré peut contacter le service client du Gestionnaire à l'adresse suivante :

MNCAP EMPRUNTEUR PRO – Service gestion des réclamations – 38 rue La Condamine 75017 PARIS .

La Mutuelle s'engage à accuser réception de sa demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux (2) 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 FNNMF à : **FNNMF - Service Médiation, 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15** ou via le formulaire en ligne sur le site www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur

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

MNCAP EMPRUNTEUR PRO – Service gestion des réclamations – 38 rue La Condamine 75017 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'ITT, d'IPP, d'IPT ou de PL, est considéré comme forclos tout Assuré n'ayant pas formulé sa demande de prestation à la Mutuelle dans un délai maximum de six (6) 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 (2) ans à compter du jour de l'événement 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'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

1) **En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 ».

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 221-12 du Code de la Mutualité sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, l'Assuré est invité à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

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

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

ARTICLE 16 – COTISATIONS D'ASSURANCE

L'Adhérent s'engage à payer les cotisations, calculées selon le choix qu'il a effectué au moment de l'adhésion :

- Cotisations variables : le montant des cotisations varie chaque année en fonction de votre âge et du capital restant dû ;
- Cotisations constantes : le montant des cotisations reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion. Le choix de la prime constante

est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts à paliers.

Les garanties du contrat n°201808751006 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Elle est calculée suivant l'âge réel de l'Assuré à la date de signature du prêt, selon l'activité professionnelle de l'Assuré, les risques sportifs et médicaux déclarés, les garanties souscrites, la Quotité choisie. Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital emprunté restant dû à chaque échéance du contrat ou au capital initial (sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle ou sur le montant financé TTC) documenté dans le Certificat d'Assurance.

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 (des) prêt(s) couvert(s) 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 mensuellement, trimestriellement ou semestriellement uniquement par prélèvement automatique. Le montant de cotisation prélevé ne pourra être inférieur à 20 € TTC.

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 (14) jours calendaires avant la date d'échéance de la cotisation mentionnée dans le Certificat d'Assurance.

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, 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 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 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, par lettre recommandée.

Les cotisations échues non payées restent dues.

Il est d'ores et déjà porté à la connaissance de l'Assuré qu'en cours de Contrat, dès le premier impayé, la cotisation de l'Assuré sera majorée des frais suivants :

- **10 € par rejet de prélèvement bancaire ou mise en demeure pour non-paiement de la cotisation ;**

- 25 € par rejet pour provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition de prélèvement.

ARTICLE 17 – FRAIS D'ADHESION A LA MUTUELLE

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'un droit d'entrée fixé statutairement à 2€. 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 prêt.

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 le financement du terrorisme par la mise en place de procédures appropriées pour identifier et évaluer les risques auxquels elle est exposée et peut être amenée à interroger les parties au contrat (Adhérent, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

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

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

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

ARTICLE 19 – INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

Les informations recueillies par le Gestionnaire font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de votre adhésion à la Mutuelle. Les données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties demandées. Toutes ces informations sont obligatoires au traitement du dossier du Candidat à l'assurance. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier d'adhésion. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, certaines des données personnelles du Candidat à l'assurance sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents du Gestionnaire,

la Mutuelle (y compris le Médecin-Conseil) et, le cas échéant, les réassureurs, l'intermédiaire en assurance du Candidat à l'assurance, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Le Gestionnaire et la Mutuelle prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, le Candidat à l'assurance dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. Il peut exercer ces droits en s'adressant à : **Délégué à la Protection des Données – 38 rue La Condamine – 75017 PARIS** ; le Groupe MNCAP se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, le Candidat à l'assurance peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

ARTICLE 20 – AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 21 – DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat de la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

En cas de vente à distance, conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité (et les dispositions des articles L.222-1, L.222-3, L.222-6, L.222-13 à L.222-15 et L.222-18 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 (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'émission du Certificat d'Assurance. La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion à trente (30) jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Dans les autres cas, l'Adhérent a la 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 un courrier recommandé avec accusé réception ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité, 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°201808751006.

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait àle..... « Signature »

Le courrier doit être adressé à l'adresse suivante :

MNCAP EMPRUNTEUR PRO – 38 rue La Condamine 75017 PARIS

Les cotisations éventuellement versées lui sont alors remboursées dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre de renonciation adressée en recommandé ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité.

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, et sous réserve des dispositions de la présente notice d'information relatives à la prise d'effet et à la durée de l'adhésion, l'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion à tout moment.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en notifiant sa demande à la Mutuelle par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité à **MNCAP EMPRUNTEUR PRO – 38 rue La Condamine 75017 PARIS**

L'Adhérent doit notifier sa demande de résiliation auprès de l'organisme prêteur, qui informera l'Adhérent de sa décision d'acceptation ou de refus dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception d'un autre contrat d'assurance de substitution.

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

Conformément à l'article L. 221-10-4 du code de la Mutualité, la Mutuelle informe annuellement l'assuré de son droit à résiliation, en

indiquant dans un document les modalités de résiliation et les différents délais de notification et d'information à respecter

Pour les contrats d'assurance garantissant un prêt professionnel non soumis au code de la consommation, la résiliation annuelle n'est pas applicable.

Dans le cadre de l'option Complément Prévoyance, lorsque l'adhésion a pris effet depuis plus de douze (12) mois, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée ou recommandé électronique à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance, conformément au 1^{er} alinéa de l'article L.221-10 du Code de la mutualité.

ARTICLE 23 – PARTICIPATION AUX BENEFICES

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

ARTICLE 24 – 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.

Actif : personne physique occupant une activité professionnelle rémunérée, y compris les personnes physiques en recherche d'emploi qui perçoivent des allocations d'assurance chômage versées par le Pôle emploi ou tout organisme assimilé conformément aux articles L.5421-1 et suivants du Code du travail.

Adhérent : Personne physique qui souscrit au contrat et en paie les cotisations. L'Adhérent a aussi la qualité d'Assuré. L'Adhérent peut être membre d'une personne morale qui s'engage irrévocablement à payer les cotisations pour le compte de l'Assuré.

Assuré : Personne physique admise à l'assurance, membre de la Mutuelle, et sur la tête de laquelle repose l'assurance. Il peut être représentant d'une personne morale, Emprunteur, Co-Emprunteur, Caution du prêt et adhère aux statuts, et se conforme aux dispositions de la présente Notice d'information.

Bénéficiaire : l'organisme prêteur est réputé bénéficiaire acceptant et percevra les prestations prévues au contrat d'assurance en cas de Sinistre.

Candidat à l'assurance : Personne physique qui complète et signe une Demande d'Adhésion destinée à la Mutuelle et qui sollicite le bénéfice des garanties de la présente Notice. Cette demande de couverture est soumise à acceptation de 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, auprès de l'organisme prêteur, par le (Co) Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. L'Assuré caution ne peut souscrire qu'aux seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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

Chômeur : personne physique en recherche d'emploi bénéficiant de droits aux prestations Pôle Emploi ou d'organismes similaires.

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 : 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.

Contrat : le contrat de l'Assuré est formé par la demande d'adhésion (y compris les questionnaires de sélection de risque), la présente Notice d'information, la convention de preuve, le Certificat d'Assurance et l'éventuelle Proposition d'Accord.

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 Individuel d'Adhésion remis à l'Assuré ou sur le dernier avenant du Certificat Individuel 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, choisi par le Candidat à l'assurance (30, 60, 90, 120 ou 180 jours) et figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant, au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie ITT. Pour les Candidats à l'assurance Inactifs à l'adhésion, ce délai de franchise ne peut être inférieur à 90 jours.

Il est également précisé que la franchise applicable au Sportif Professionnel ne peut être inférieure à 120 jours.

Inactif : Personne physique qui est sans activité, c'est-à-dire qui n'est ni Actif, ni retraité. Sont notamment considérés comme inactifs les personnes au foyer, les investisseurs qui vivent de leurs revenus issus de leurs investissements. Les retraités ne sont pas considérés comme Inactif.

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.

Proposition d'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.

Quotité : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital initial, précisée sur le Certificat d'Assurance ou sur le dernier avenant du Certificat d'Assurance, pour les garanties du contrat.

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 susceptible de mettre en jeu l'une ou l'autre des garanties prévues par la Notice d'information.

Sportif Professionnel : tout footballeur professionnel, cycliste professionnels salariés des groupes cyclistes français, nageur professionnel ; judoka ou joueur de rugby, volleyball, basketball, handball professionnel, de nationalité française ou étrangère qui évolue en France au plus haut niveau, qui vit partiellement ou totalement des revenus issus de sa pratique sportive, et qui est effectivement apte à l'exercice de sa profession de sportif professionnel au moment de l'adhésion, spécifiquement :

- *les footballeurs professionnels* : tout joueur de football, en activité au moment de son adhésion, professionnel et « assimilé » (par « assimilé » il faut entendre les fédéraux, élites, espoirs, apprentis, aspirants, stagiaires et participants au championnat français) ;
- *les joueurs de rugby professionnels* : tout joueur de rugby, en activité au moment de son adhésion, sous contrat de travail (professionnel ou espoir) avec un club de rugby de 1^{ère} ou 2^{ème} division ou fédérale 1.

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