

DISPOSITIONS PARTICULIERES

SOPRETIS

ASSURANCE EMPRUNTEUR

LEXIQUE

ACCIDENT

On entend par "accident", toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle et non prévisible de la part de l'Assuré, suite à des événements soudains et imprévus, dus à des causes extérieures. Ne sont pas considérées comme des accidents mais comme des maladies les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ne sont notamment pas considérés comme des accidents, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombosciatalgies, les attaques et les hémorragies cérébrales.

ACTES ORDINAIRES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Il s'agit des activités qu'une personne effectue chaque jour en réponse à ses besoins primaires. Elles sont au nombre de 4 (quatre) :

- Se laver : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- S'alimenter : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.

Précision : la capacité de s'alimenter implique de pouvoir couper ses aliments, se servir à boire, porter les aliments à sa bouche et avaler.

- S'habiller : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.
- Se déplacer : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.

ADHÉRENT (Membre Participant)

Personne morale ou physique ayant souscrit un contrat de prêt et qui adhère au présent contrat, aux statuts de MILTIS et au règlement mutualiste. L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne physique, peut aussi être l'Assuré. L'Adhérent paie les cotisations.

ASSURÉ

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose le risque. Si l'Assuré est caution c'est-à-dire une personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement à la suite de la défaillance de l'Emprunteur.

ÂGE DE L'ASSURÉ

Pour l'âge limite de l'adhésion, les formalités d'adhésion et pour la cessation des garanties, l'âge de chaque Assuré est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire).

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'Organisme prêteur qui est réputé bénéficiaire acceptant. Si le risque se réalise, toutes les prestations sont réglées au Bénéficiaire.

CAPITAL INITIAL

Pour un prêt, désigne le capital emprunté qui peut faire l'objet d'une assurance.

CERTIFICAT D'ASSURANCE

Document contractuel matérialisant l'adhésion, l'acceptation de la couverture du risque par MILTIS, et reprenant, pour chaque Assuré, la date d'effet, les différentes garanties et les éventuelles limitations et/ ou exclusions.

CO-EMPRUNTEUR

Désigne la personne physique ou morale qui signe le contrat de l'opération de crédit avec l'Emprunteur. Le Co-emprunteur bénéficie de l'opération de crédit au même titre que l'Emprunteur et est soumis aux mêmes obligations.

CONSOLIDATION

Date à compter de laquelle l'état de santé de l'Assuré, constaté par une autorité médicale compétente, prend un caractère permanent et définitif non susceptible d'amélioration, compte tenu des connaissances scientifiques et médicales à cette date.

CONVENTION AERAS

Convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

DEMANDE D'ADHESION

Il s'agit du document papier ou sur support dématérialisé permettant à l'Adhérent de formaliser sa demande d'adhésion au présent contrat.

EMPRUNTEUR

Désigne la personne physique ou morale ayant souscrit l'opération de crédit.

EXONERATION DES COTISATIONS : il s'agit d'une garantie optionnelle permettant à l'Assuré de bénéficier d'une exonération totale de paiement de cotisations, telle que définie à l'article 5.5 du présent contrat.

FRANCHISE

Période durant laquelle les prestations ne sont pas dues.

GESTIONNAIRE

Il s'agit de Digital Insure Services, organisme gestionnaire du présent contrat.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

État entraînant par suite d'une maladie ou d'un accident, une impossibilité physique totale et continue d'exercer même à temps partiel, son travail même de surveillance ou de direction susceptible de lui procurer un gain ou un profit, constaté par une autorité médicale compétente, pour l'Assuré en activité professionnelle ou en recherche d'emploi.

Les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du Sinistre, doivent être dans l'obligation temporaire de prendre un repos complet et continu à leur domicile ou dans un hôpital ou un centre de rééducation et dans l'impossibilité physique réelle et totale, constatée par une autorité médicale compétente, de pourvoir à toutes les occupations de la vie courante (par exemple les travaux ménagers, le bricolage, le jardinage, la gestion de ses affaires personnelles et familiales).

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) et entraînant, pour l'Assuré, une perte de capacité définitive, comprise entre 33 % et 66 % calculée conformément au tableau de l'article 5.3.1.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) et entraînant, pour l'Assuré, une perte de capacité définitive d'au moins 66 % calculée conformément au tableau figurant dans les présentes Dispositions Particulières.

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IPRO)

État consolidé résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) et entraînant, pour l'Assuré, une perte de capacité professionnelle définitive supérieure à 16% ou à 33% selon l'option choisie, établie sur la base d'une expertise médicale diligentée à la demande de l'assureur.

Par ailleurs, la prestation versée au titre de l'IPRO n'est pas cumulable avec la prestation versée au titre de l'IPT.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente.

MILTIS

Il s'agit de l'assureur du présent contrat.

NON FUMEUR

Personne n'ayant pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques contenant de la nicotine, cigares ou pipes, même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou n'ayant pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

OCCUPATIONS DE LA VIE COURANTE

Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

OPTION DOS (OD) : il s'agit d'une option permettant de couvrir une maladie/pathologie subjective dont le diagnostic ne peut être établi concrètement par un médecin mais uniquement par les dires de l'Assuré. Cette maladie/pathologie est prise en charge par le présent contrat conformément à l'article 5.6.2 du présent contrat, si l'option a été souscrite.

OPTION PSY (OP) : il s'agit d'une option permettant de couvrir une maladie/pathologie subjective dont le diagnostic ne peut être établi concrètement par un médecin mais uniquement par les dires de l'Assuré. Cette maladie/pathologie est prise en charge par le présent contrat conformément à l'article 5.6.1 du présent contrat, si l'option a été souscrite.

ORGANISME PRÊTEUR

Désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti l'opération ou les opérations de crédit qui fait (font) l'objet des garanties accordées par MILTIS.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Il s'agit, pour l'Assuré, qui à la suite d'une maladie ou un accident garanti et après consolidation de son état de santé, est reconnu comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à un quelconque travail ou occupation lui procurant gain

ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie quotidienne tels que définis ci-dessus.

QUOTITÉ

Pourcentage du capital emprunté ou de l'échéance à assurer. Pour chaque prêt, la quotité assurée ne peut dépasser 100 %. La quotité peut être différente entre les garanties décès et PTIA et les garanties ITT, IPP, IPRO et IPT. La quotité pour l'IPP ne doit pas être supérieur à celle pour l'ITT et l'IPT.

SINISTRE

Réalisation de l'événement couvert par l'adhésion et susceptible d'entraîner l'indemnisation (**sauf exclusions prévues au présent contrat**) par MILTIS.

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre à la disposition des titulaires (Emprunteur(s) et Co-emprunteur(s) le cas échéant) de prêts consentis par **des Organismes prêteurs situés en France**, une assurance garantissant à titre principal le paiement d'un capital en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'une Aide à la famille et, à titre complémentaire, le versement d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), le versement d'une rente en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'une rente en cas d'invalidité Professionnelle (IPRO) (en option, réservée aux seules professions médicales telles que précisées à l'Article « Garantie optionnelle Invalidité Professionnelle (IPRO) »), d'une rente en cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) (en option), d'une option dos, d'une option psy ou ainsi que d'une exonération des cotisations (en option).

1.1 CARACTERISTIQUES DE L'ADHERENT ET DE L'ASSURE

Pour être admissible à l'assurance, l'Adhérent et l'Assuré le cas échéant doit :

- être âgé de plus de 18 ans au moment de la demande d'adhésion s'il s'agit d'une personne physique ;
- résider ou avoir son siège social en France métropolitaine ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

- Lorsque l'Adhérent est une personne morale, l'Assuré doit avoir la qualité d'associé ou de dirigeant de ladite personne morale.
- Lors de la souscription au présent contrat, l'Adhérent ne doit pas être dans l'une de ces situations :
 - ✓ Sans profession
 - ✓ Au chômage, bénéficiaire ou non de l'allocation chômage d'aide au retour à l'emploi (ARE)
 - ✓ Etudiant
 - ✓ Travailleur saisonnier
 - ✓ Travailleur intermittent

A compter du 01 juin 2022, l'Assuré respectant les conditions fixées par la loi n°2022-270 du 28 février 2022 dit « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur », bénéficie d'une absence de sélection médicale afin de souscrire au présent contrat.

L'Assuré, exonéré de sélection médicale en application de la présente loi lors de son adhésion au présent contrat, ne bénéficiera pas de prise en charge au titre des garanties Incapacité et Invalidité résultant :

- D'un arrêt de travail prescrit par un médecin, toujours en cours à la date de la prise d'effet dudit contrat, ainsi que de ses suites, conséquences, rechutes et récidives,
- D'un état d'invalidité reconnu par le régime obligatoire de l'Assuré antérieurement à la date de prise d'effet dudit contrat, ainsi que de ses suites, conséquences, rechutes et récidives.

Garanties	Age limite à l'adhésion
Décès	85 ^{ème} anniversaire
PTIA	64 ^{ème} anniversaire
ITT (+ mi-temps thérapeutique)	64 ^{ème} anniversaire
IPT	64 ^{ème} anniversaire
IPTRO	64 ^{ème} anniversaire
Option IPP	64 ^{ème} anniversaire
Option dos	64 ^{ème} anniversaire
Option psy	64 ^{ème} anniversaire
Option exonération	64 ^{ème} anniversaire

1.2 OPERATIONS DE CRÉDIT ÉLIGIBLES

➤ Capitaux empruntés

L'ensemble des prêts à garantir doivent être :

- d'un montant cumulé supérieur ou égal à 18 000 € par assuré ;
- souscrits auprès d'un Organisme prêteur situé en France ;
- libellés exclusivement en euros ;
- rédigés en français.

➤ Capitaux assurés

Les garanties sont ouvertes pour les prêts dont le montant cumulé par assuré est compris entre 18 000 € et 2 000 000 €.

Les dates limites d'adhésion sont fixées comme suit :

➤ Types de prêt

	Durée (en mois)		Différés d'amortissement (en mois)	
	Minimum	Maximum	Total	Partiel
Prêt amortissable avec ou sans différé d'amortissement	12	360	36 mois maximum	36 mois maximum
Prêt relais	12	36	36 mois maximum	36 mois maximum
Prêt crédit-bail	12	60	36 mois maximum	36 mois maximum
Prêt in fine	12	240	-	-
Prêt à capital constant	12	360	-	-
Prêt à taux zéro	240	300	Jusqu'à 180 mois maximum selon les conditions légales	

Ces prêts peuvent être à échéances de remboursement constantes, à taux fixe ou à taux variable, avec ou sans différé.

➤ **Objet de l'opération de crédit**

L'opération de crédit dont bénéficie l'Adhérent et assurée par le présent contrat permet de financer :

- un investissement locatif ;
- un prêt professionnel ;
- une résidence principale ;
- une résidence secondaire ;
- un crédit à la consommation ;
- des travaux ;
- Un rachat de crédit, si la part de l'immobilier est supérieure à 60%.

2. DELEGATION DE GESTION

La gestion administrative du présent contrat est confiée à Digital Insure Services, ci-après dénommé le « Gestionnaire ».

3. FORMALITES D'ADHESION

3•1 FORMALITES A ACCOMPLIR

Toute personne souhaitant bénéficier des garanties détaillées dans les présentes Dispositions Particulières, doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales fixées par MILTIS en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé. Il doit, en outre, fournir le(s) tableau(x) d'amortissement exprimé(s) en euros correspondant au(x) prêt(s) assuré(s).

Le candidat à l'assurance est informé de son droit à s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (Dispositif BLOCTEL), conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation.

www.bloctel.gouv.fr

3•2 ETUDE DU DOSSIER ET ACCEPTATION DU RISQUE

Après examen des pièces médicales et acceptation de la couverture du risque, le Gestionnaire, propose pour le compte de MILTIS, une cotisation pour couvrir les garanties avec éventuellement des conditions particulières.

La proposition est valable 6 mois si l'acceptation est au tarif standard et de 4 mois en cas de conditions particulières. Le certificat d'assurance est émis après signature de la demande d'adhésion dans ce

délai. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le candidat à l'assurance.

4. CONVENTION AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

4•1 OBJET DE LA CONVENTION AERAS

L'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion et ne pouvant être garanti dans le cadre de la tarification standard du présent contrat, peut bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de MILTIS.

La convention prévoit un droit à l'oubli dont les conditions d'application sont rappelées au moment de la sélection médicale.

MILTIS s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site www.aeras-info.fr.

4•2 PROCESSUS D'EXAMEN DES DEMANDES D'ADHESION

Le traitement des demandes d'adhésion aux contrats d'assurance de prêt pour l'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) s'articule de la manière suivante, autour d'un dispositif à trois niveaux :

• **Niveau 1** : la demande d'adhésion est analysée dans le cadre de la tarification du contrat. Si l'Assuré ne peut être garanti dans ce cadre, la demande d'adhésion est systématiquement examinée individuellement, conformément au niveau 2 de la convention AERAS.

• **Niveau 2** : une proposition tarifaire personnalisée est adressée au demandeur sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ce dossier (questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus au niveau 2 d'un dossier éligible au niveau 3, celui-ci est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés (niveau 3).

• **Niveau 3** : le dossier de demande d'assurance de prêt est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- pour les prêts professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels) et immobiliers (autres que la résidence principale) : encours cumulés de prêt d'au plus 420 000 € et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt ;
- pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêt 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 au terme du prêt.

Malgré ce dispositif, MILTIS souligne que certaines personnes peuvent ne pas être assurables.

4.3 GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (GIS)

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique (GIS) est étudiée et proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie IPT, IPP ou IPRO a été refusée pour des raisons médicales, ou est assortie d'une exclusion de la pathologie déclarée. Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne pouvant solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en Décès et PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une 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(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard avant ses 67 ans. Cette garantie correspond à une incapacité fonctionnelle permanente couplée à une incapacité professionnelle.

L'incapacité professionnelle correspond à :

- un classement en 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés ;
- une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ;

- une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70 % et apprécié par le Médecin Conseil de l'Organisme Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

En cas d'Invalidité telle que définie ci-dessous, MILTIS verse à l'Organisme prêteur le montant du capital restant dû, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance.

Les exclusions applicables à cette garantie sont identiques aux exclusions prévues pour la garantie Invalidité Permanente Totale (se reporter à l'article 12.1 « Exclusions »).

5. GARANTIES PROPOSEES ET PRISES EN CHARGE PAR MILTIS

De convention expresse, l'Adhérent est informé et reconnaît que le cumul des indemnisations en application d'une ou plusieurs garanties énumérées ci-dessous, ne peut dépasser 100% du montant des échéances de remboursement du prêt dû à l'organisme prêteur.

Sous réserve de l'acceptation de la couverture du risque par MILTIS, le présent contrat comprend les garanties suivantes :

Associations de garanties possibles	Garanties Obligatoires			Garanties complémentaires				Garanties optionnelles
Cas n°1	Décès	PTIA						
Cas n°2	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT			
Cas n°3	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT		IPRO	
Cas n°4	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT	IPP		
Cas n°5	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT	IPP		OD/OP
Cas n°6	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT		IPRO	OD/OP
Cas n°7	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT	IPP		OD/OP
Cas n°8	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT		IPRO	OD/OP
Cas n°9	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT			OD/OP
Cas n°10	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT			OD/OP
Cas n°11	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT			EXO COTI
Cas n°12	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT	IPP		EXO COTI

Cas n°13	Décès	PTIA	Aide à la famille	ITT	IPT		IPRO		EXO COTI
-----------------	-------	------	-------------------	-----	-----	--	------	--	----------

Dans tous les cas, seules seront accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur son certificat d'assurance.

5.1 GARANTIE DÉCÈS

En cas de Décès de l'Assuré, MILTIS intervient pour le remboursement du montant du capital restant dû multiplié par la quotité assurée au jour du décès, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance (**hors exclusions prévues à l'article 12.1 « Exclusions »**).

5.1.1. Décès de l'Assuré après la prise d'effet des garanties

Les prestations garanties par MILTIS s'expriment sous la forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur et sont égales à 100% du Capital Restant Dû (après application de la Quotité assurée) tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du décès et dans la limite du montant indiqué sur le dernier certificat d'assurance.

Le versement du capital met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

5.1.2. Décès de l'Assuré intervenant entre la date de signature de l'offre de prêt ou de crédit-bail et la date de déblocage des fonds

Dans le cadre d'un prêt, en cas de décès de l'Assuré avant que les fonds ne soient totalement ou partiellement débloqués, sous réserve du paiement des cotisations d'assurance et conformément au certificat d'assurance, l'adhésion au contrat produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

5.1.3. Cas particuliers des prêts à déblocages successifs

Pour les prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du décès (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du Sinistre). Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du décès, est versé à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit se poursuit sur décision du Co-Emprunteur ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est

une personne physique, de l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale.

5.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de PTIA de l'Assuré, MILTIS intervient pour le remboursement du montant du capital restant dû multiplié par la quotité assurée à la date de reconnaissance de la PTIA **à l'occasion d'une expertise médicale**, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance (**hors exclusions prévues à l'article 12.1 « Exclusions »**).

L'état de PTIA sera déterminé par les médecins mandatés par MILTIS, via une expertise médicale réalisée en France.

Les frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

5.2.1 Prise en charge en cas de PTIA

La quotité ne peut pas dépasser 100 % par Assuré. Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le capital restant dû à l'Organisme prêteur au moment du Sinistre.

Les versements périodiques restés impayés au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA, ne seront en aucun cas pris en charge par MILTIS. Il en est de même pour les intérêts de retard.

En cas de décès ou de PTIA avant le déblocage total des fonds et s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle celui-ci est consenti demeure, il est versé à l'Organisme prêteur, et selon la quotité assurée, la part des fonds éventuellement débloqués au jour du sinistre (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du sinistre), le surplus éventuel étant versé **aux héritiers de l'Assuré selon l'ordre de la dévolution successorale**, sous réserve de la continuité de l'objet du prêt par ces derniers.

Le paiement par MILTIS des sommes dues au titre de cette garantie met fin à l'adhésion.

5.3 GARANTIES INCAPACITE ET INVALIDITE

5.3.1 Garantie invalidité permanente totale (IPT)

A la date de reconnaissance par MILTIS de l'IPT de l'Assuré (si la garantie est souscrite), le versement de prestation s'effectuera sous forme de rentes

dont le montant est en fonction des échéances de remboursement et de la quotité assurée conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance (**hors exclusions prévues à l'article 12.1 « Exclusions »**).

L'IPT doit être constatée médicalement en France. Les frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le montant des échéances de remboursement du prêt au moment du Sinistre.

Le degré de cette invalidité appelé "n" est déterminé par voie d'expertise médicale :

- Pour les personnes exerçant une activité professionnelle au moment du Sinistre, le degré "n" est déterminé en fonction du taux d'invalidité professionnelle et du taux d'invalidité fonctionnelle et par l'application du tableau croisé ci-après.

Pour être en Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) le taux d'invalidité « n » doit être supérieur ou égal à 66%.

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

L'invalidité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée par référence à une grille d'incapacité fonctionnelle basée sur le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur au jour de la consolidation de l'état d'invalidité). L'invalidité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

- Pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du Sinistre, le degré "n" est déterminé en référence à une grille d'incapacité fonctionnelle basée sur le barème indicatif

d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur au jour de la consolidation de l'état d'invalidité).

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

Les versements restés impayés au jour de la reconnaissance de l'IPT ne seront en aucun cas pris en charge par MILTIS, de même pour les intérêts de retard.

5.3.2 Garantie incapacité temporaire totale de travail (ITT)

En cas d'ITT de l'Assuré, MILTIS prend en charge (si la garantie est souscrite) le paiement des échéances assurées du prêt conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre et au certificat d'assurance.

L'indemnité journalière est versée tant que l'ITT persiste et au plus tard jusqu'à la date de reconnaissance de l'IPP ou de l'IPRO ou de l'IPT telle que définie au présent contrat.

Pour les prêts in fine et à terme, le capital emprunté remboursé dans la dernière échéance n'est pas pris en charge.

Le montant des prestations est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail.

Le montant des échéances de prêts ou des loyers du crédit-bail payés par l'Assureur est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail, dans la limite de 100 % du montant des échéances/loyers assurés exigibles.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées pour une même période d'incapacité ne pourra excéder le montant de l'échéance de remboursement ou le montant des intérêts courus pendant le différé d'amortissement en cas de prêt remboursable au terme.

Les augmentations d'échéances intervenant après la date du Sinistre ou dans les six (6) mois précédant le Sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

Si l'Assuré dispose de la qualité d'assuré social, il doit bénéficier d'une intervention de son régime de base.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

Dans tous les cas, l'Assuré doit suivre le traitement qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

L'ITT doit être constatée médicalement en France.

Les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

5.3.2.1 Franchise

MILTIS intervient après application de la franchise contractuelle mentionnée sur le certificat d'assurance (15, 30, 90 ou 180 jours).

La franchise de 15 jours n'est ouverte qu'aux seules professions médicales libérales relevant du régime obligatoire de prévoyance de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) ou aux chirurgiens-dentistes libéraux relevant de la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes.

Le calcul de la franchise débute le 1^{er} jour de l'arrêt de travail constaté médicalement par MILTIS sous réserve du déblocage des fonds.

Si un congé maternité débute pendant le délai de franchise, le décompte de la franchise sera suspendu pendant le congé légal de maternité et repris dès le premier jour suivant la fin de ce congé. L'incapacité sera indemnisée à la fin du délai de franchise ainsi calculé.

5.3.2.2 Rechute

Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un nouvel arrêt, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve :

- que l'adhésion soit toujours en vigueur ;
- et que la période de reprise de travail ne soit pas supérieure à deux (2) mois.

Dans les cas contraires, l'indemnisation débutera à la fin d'un nouveau délai de franchise sous réserve que l'adhésion soit toujours en vigueur.

5.3.2.3 Temps partiel thérapeutique

En cas de reprise à temps partiel thérapeutique après une prise en charge au titre de l'ITT d'au moins 2 mois, MILTIS prendra en charge à hauteur de 50 %, le paiement des échéances assurées (après application de la quotité assurée) figurant sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et conformément à la dernière attestation d'assurance de prêt. La durée d'indemnisation ne pourra pas excéder 180 jours à compter de la reprise partielle du travail pour raison de santé.

5.3.3 Garantie optionnelle invalidité permanente partielle (IPP)

La garantie IPP ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie IPT.

Si le taux d'invalidité "n" déterminé selon les mêmes dispositions que pour l'IPT (se référer à l'article 5.3.1 « Garantie invalidité permanente totale ») de l'Assuré est supérieur ou égal à 33 % et inférieure à 66 %, MILTIS prend en charge (si la garantie est souscrite et après application de la quotité assurée) 50 % des échéances de la garantie ITT. Ces dispositions s'appliquent également pour les personnes sans activité professionnelle au moment du Sinistre.

Si le taux d'invalidité "n" devient supérieur à 66 % l'Assuré est pris en charge au titre de l'IPT (se référer à l'article 5.3.1 « Garantie invalidité permanente totale »).

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra

excéder le montant de l'échéance de remboursement au moment du Sinistre.

Les décisions prises par le régime de base ou par une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

L'IPP doit être constatée médicalement en France.

Les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

5.3.4 Garantie optionnelle Invalidité Professionnelle (IPRO)

Cette garantie est réservée aux seules professions médicales libérales relevant du régime obligatoire de prévoyance de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) ou aux chirurgiens-dentistes libéraux relevant de la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes.

Au moment de l'adhésion, le candidat à l'assurance peut choisir le taux d'invalidité professionnelle à partir duquel il souhaite être couvert : 16% ou 33%.

A la date de reconnaissance par MILTIS de l'IPRO de l'Assuré (si la garantie est souscrite), le versement de prestation s'effectuera sous forme de rentes dont le montant est en fonction des échéances de remboursement, de la quotité assurée et du degré d'invalidité « n » conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance (**hors exclusions prévues à l'article 12.1 « Exclusions »**).

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le montant des échéances de remboursement du prêt au moment du Sinistre.

Le degré de cette invalidité appelé "n" est déterminé par voie d'expertise médicale.

Il tient compte de la façon dont la profession a été 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.

Si le taux d'invalidité "n" de l'Assuré est supérieur ou égal à 16% ou 33 % selon l'option choisie, MILTIS prend en charge (si la garantie est souscrite et après application de la quotité assurée) respectivement (n-15)/15 ou (n-33)/33 des échéances de la garantie ITT. Au-delà de 66%, l'assureur prend en charge 100% des échéances de la garantie ITT. Ces dispositions s'appliquent également pour les personnes sans activité professionnelle au moment du Sinistre.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

Les versements restés impayés au jour de la reconnaissance de l'IPRO ne seront en aucun cas pris en charge par MILTIS, de même pour les intérêts de retard.

5.4 AIDE A LA FAMILLE

Lorsque l'Assuré est contraint de cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle pour assister son enfant mineur atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants à ses côtés, MILTIS intervient au titre de la présente garantie dans les conditions suivantes :

- **l'enfant doit être à la charge permanente de l'Assuré ou rattaché au foyer fiscal de l'Assuré et être âgé de moins de 18 ans ;**
- **la maladie, le handicap ou l'accident a été diagnostiqué(e) ou est survenu(e) postérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat,**
- **l'Assuré doit bénéficier de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 et suivants du Code de la sécurité sociale ;**
- **l'application de la garantie est exclue pour les prêts à la consommation et les prêts professionnels ;**
- **lorsque les deux parents de l'enfant sont couverts au titre du présent contrat et pour le même prêt, seul l'un des deux parents peut bénéficier de la présente garantie ;**

MILTIS prend en charge le paiement des échéances assurées du prêt conformément au tableau d'amortissement au jour du sinistre et au certificat d'assurance, **dans la limite de 50% de la quotité assurée et de deux mille cinq cents (2 500) euros par mois. Ce plafond s'applique sur l'ensemble des prêts assurés auprès de MILTIS.**

La prestation est calculée au prorata-temporis sur une base de 22 jours par mois de présence auprès de l'enfant mineur.

- **La durée de la prestation est de quatorze (14) mois, renouvelable une fois, sans pouvoir excéder vingt-huit (28) mois durant toute la durée du présent contrat. La prestation peut être continue ou discontinue.**

La prestation au titre de la garantie Aide à la Famille ne se cumule pas avec une autre garantie du présent contrat.

En cas de décès ou de PTIA de l'Assuré en cours d'indemnisation au titre de la garantie Aide à la Famille, le capital restant dû au titre du Décès ou de la PTIA, versé par MILTIS, sera alors diminué des sommes réglées au titre de la Garantie Aide à la Famille qui se rapporteraient à des périodes postérieures à la date du Décès ou de reconnaissance de la PTIA par MILTIS.

5.5 GARANTIE OPTIONNELLE EXONERATION DES COTISATIONS

L'Assuré, qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'ITT, de l'IPT ou de l'IPRO par MILTIS, est exonéré du paiement de l'ensemble des cotisations dès la fin de la période de franchise et pendant la durée de versement de l'indemnité.

Pour l'Assuré qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'IPP par MILTIS, l'exonération visée ci-dessus s'effectue à hauteur de 50 % du montant de ces cotisations.

5.6 OPTIONS DOS ET PSY

5.6.1 Option Psy

En cas d'ITT, d'IPT, d'IPRO ou d'IPP, l'option psy permet une prise en charge après application de la franchise des maladies psychiatriques, psychiques, des fibromyalgies et des conséquences de ces affections sans condition d'hospitalisation.

5.6.2 Option dos

En cas d'ITT, d'IPT, d'IPRO ou d'IPP, l'option dos permet une prise en charge après application de la franchise des affections disco-vertébrales et para-vertébrales sans condition d'hospitalisation.

5.7 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE ET DES OPTIONS EXONERATION DES COTISATIONS ET OPTIONS DOS ET PSY

Le versement des prestations cesse :

- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite et au plus tard au jour de son 67^{ème} anniversaire ;
- en cas de versement du capital au titre des garanties Décès, PTIA ;
- à la reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle (sauf temps partiel thérapeutique) par l'Assuré, salariée ou non ;

- en cas de reprise totale ou partielle des occupations de la vie courante, pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle ;
- lorsque la date de fin de crédit, telle que prévue au tableau d'amortissement au jour du Sinistre, est atteinte ;
- lorsque le crédit est intégralement remboursé, à l'échéance finale ou par anticipation.

Le versement des prestations est systématiquement suspendu pendant le congé légal de maternité (ainsi que les congés assimilés) et repris à son issue, le cas échéant.

5.8 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS DANS LE CADRE DE LA GARANTIE AIDE A LA FAMILLE

Le versement des prestations cesse :

- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite et au plus tard au jour de son 67^{ème} anniversaire ;
- en cas de versement du capital au titre des garanties Décès, PTIA et de la rente en cas d'IPT, IPRO, IPP ;
- En cas de reprise totale d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non ;
- Lorsque l'Assuré ne bénéficie plus de de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

6. BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Le capital assuré est versé à l'Organisme prêteur conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre et au Certificat d'assurance.

7. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

8. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées en fonction du tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre, de la dernière attestation d'assurance de prêt et dans la limite des capitaux restant dus à l'Organisme prêteur.

Afin de constituer le dossier de règlement, le Gestionnaire, pour le compte de MILTIS, se réserve le droit de demander tous les justificatifs qu'il jugera nécessaires. Il pourra notamment demander des informations d'ordre médical qui pourront être

transmises directement sous pli confidentiel au Médecin conseil - Digital Insure Services - Adhésion SOPRETIS, 14 rue de Richelieu – 75001 Paris.

8•1 DELAI DE DECLARATION

En cas de décès, les ayants droit doivent en informer le Gestionnaire via son espace Assuré ou à l'adresse suivante :

Digital Insure Services
Adhésion SOPRETIS
14 rue de Richelieu
75001 Paris

Les cas d'ITT, d'IPT, d'IPRO et d'IPP, doivent être déclarés au Gestionnaire par l'Assuré dès leur survenance et au plus tard dans un délai de 30 jours suivant la fin de la période de franchise (sauf cas fortuit ou de force majeure). Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives qui lui seront demandées. Dans le cas contraire, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de complétude du dossier.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives demandées doivent être adressées au Gestionnaire, sous 15 jours maximum à compter de la prolongation (sauf cas fortuit ou de force majeure).

Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L.113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

Toute prolongation parvenant au Gestionnaire après ce délai sera considérée :

- entre le 16e et le 60e jour comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif ;
- après le 61e jour comme un nouveau Sinistre donnant lieu à application du délai de franchise à compter de la date de réception du justificatif.

En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, le Gestionnaire se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

8•2 DUREE DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations s'effectue tant que dure l'ITT, l'IPT, l'IPRO ou l'IPP de l'Assuré, sans

pouvoir excéder les dates de fin des garanties fixées à l'article 9.5 « Cessations des garanties ».

8•3 CONTRÔLE MÉDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'Assuré doit se prêter à toute expertise ou à tout examen que MILTIS ou son Gestionnaire estime nécessaire et fournir toutes pièces justificatives. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de MILTIS ou de son Gestionnaire doivent toujours avoir libre accès auprès de l'Assuré, dans le respect de la législation protégeant les données médicales, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'Assuré en ITT, IPT, IPRO IPP devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour les contrôles. MILTIS n'est pas tenue de suivre les décisions d'un régime de base tel que la Sécurité sociale, d'un organisme assimilé ou de tout autre organisme social.

Le versement des prestations sera suspendu si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical.

8•4 TIERCE EXPERTISE AMIABLE

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin désigné par MILTIS, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage.

Faute par l'une des parties de désigner son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit ou du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie prend en charge les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, sont supportés par moitié par chacune des parties qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin arbitre.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend,

sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine. Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

9. VIE DU CONTRAT

9•1 PRISE D'EFFET DU CONTRAT

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'effet du contrat, indiquée sur le certificat d'assurance et au plus tôt à la date de l'acceptation de l'offre de prêt par l'Assuré, sous réserve de l'application d'éventuels délais d'attente, de l'acceptation par MILTIS et du paiement de la première cotisation.

9•2 DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu 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 sous réserve des cas de cessation de l'adhésion prévus à l'article 9.6 « Cessation du Contrat ».

Cas particulier 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 MILTIS ou tout mandataire de son choix :

- valent signature par l'Adhérent ;
- 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.

9•3 DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion a pris effet (date indiquée dans le certificat d'assurance).

En cas d'exercice du droit de renonciation, la part des cotisations versées correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion au Contrat et les garanties prennent fin.

Dans tous les cas, l'Adhérent doit signifier la renonciation à Digital Insure Services par lettre

recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception.

Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

Modèle de lettre de renonciation à envoyer en recommandé ou recommandé électronique avec avis de réception à :
Digital Insure Services - 14 rue de Richelieu – 75001 Paris

“Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat SOPRETIS et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.

Le Signature”

9•4 DROIT DE RESILIATION

L'Adhérent peut demander à tout moment la résiliation de son contrat d'assurance.

A ce titre, l'Adhérent communique au Gestionnaire en même temps que la demande de résiliation, l'accord de l'Organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'Organisme prêteur.

La demande de résiliation peut être communiquée soit :

- 1° par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2° Soit par déclaration faite à Digital Insure - 14 rue de Richelieu - 75001 Paris ;
 - 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4° Soit sur l'espace personnel sécurisé de l'Adhérent ;
 - 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.
- La résiliation du contrat d'assurance prend effet dix (10) jours après la réception par le Gestionnaire de la décision de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

9•5 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin en même temps que le contrat tel que prévu à l'article 9.6 « Cessation du contrat ». Pour chaque Assuré, les garanties cessent :

- pour la garantie Décès, le jour de son 90ème anniversaire,
- pour la garantie PTIA, le jour de son 71ème anniversaire,
- pour les garanties ITT, IPT, IPRO IPP, aide à la famille, exonération de cotisation et options dos et psy, lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard le jour de son 67ème anniversaire.

9•6 CESSATION DU CONTRAT

Le contrat cesse :

- à la dernière échéance prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée, sauf accord de MILTIS sur la modification de la durée ;
- lorsque l'Adhérent et/ou l'Assuré ne respecte plus les conditions fixées à l'article 1.1 « **Caractéristiques de l'Adhérent / Assuré** » ;
- à la date à laquelle le paiement du solde du prêt ou la restitution du bien loué devient exigible au profit de l'Organisme Prêteur ;
- en cas de résiliation du prêt pour déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur ;
- en cas de résiliation du contrat de crédit-bail ;
- à la date à laquelle cessent les engagements de l'Emprunteur envers l'Organisme Prêteur c'est-à-dire :
 - o au remboursement total et définitif de l'Opération de crédit, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue ou par anticipation,
 - o à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par MILTIS,
- au terme prévu des garanties Décès, PTIA, ITT, IPT, IPRO, IPP (se référer à l'article 9.5 « **Cessation des garanties** » ;
- en cas de non-paiement des cotisations (se référer à l'article 11 « **Cotisations** ») ;
- si l'Assuré est caution, à la date de cessation du contrat de cautionnement ;
- dans les conditions définies à l'article 9.4 « **Droit de résiliation** ».

10. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT ET/OU DE L'ASSURE

L'Adhérent est tenu au paiement de ses cotisations. A défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation, se référer à l'article 11.3 « **Défait de paiement des cotisations** ».

10•1 MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

Sous réserve des dispositions des articles 1.1 « **Caractéristiques de l'Adhérent / Assuré** » et 12.2 « **Sport** », les changements de situation de l'Assuré intervenant en cours de contrat ne remettent pas en cause les garanties et cotisations qui sont maintenues aux mêmes conditions.

10•2 MODIFICATIONS RELATIVES AUX PRÊTS GARANTIS

L'Adhérent s'engage à aviser le Gestionnaire par écrit de toute modification relative au prêt, même prévue dans le contrat de prêt d'origine.

Si elle n'est pas prévue dans le contrat de prêt d'origine, la modification sera soumise à l'acceptation de MILTIS si elle remet en cause la nature de l'adhésion.

L'Adhérent devra communiquer au Gestionnaire le tableau d'amortissement correspondant à la modification.

Cette modification sera prise en compte à la date d'information du Gestionnaire et validée par l'émission d'un nouveau certificat d'assurance.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'Adhérent s'engage à en aviser le Gestionnaire par écrit dans les 3 mois. Au-delà, la modification demandée pourra être prise en compte à la date de la déclaration.

En cas de rachat d'un ou plusieurs prêts assurés par un contrat MILTIS, la garantie éventuelle du nouveau prêt se substituant au(x) prêt(s) racheté(s) (sous réserve d'éventuelles formalités médicales) ne prendra effet qu'au jour de la mise à disposition des fonds auprès de l'Organisme prêteur auprès duquel le(s) prêt(s) est (sont) racheté(s). L'adhérent devra présenter au Gestionnaire l'accord de l'Organisme prêteur concernant la résiliation de l'assurance se référant au(x) prêt(s) racheté(s).

10.2.1 Modification de la quotité

Toute augmentation de la quotité assurée donne lieu à l'application de formalités médicales et est soumise à l'accord de MILTIS.

Toute ITT, IPT, IPRO, IPP, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant le délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation sur le supplément de garantie. Toute rechute consécutive à l'un de ces Sinistres sera également exclue du supplément de garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'ITT, l'IPT, IPRO ou l'IPP résulte d'un accident postérieur à la date d'effet de l'ajout de ce supplément de garantie.

10•3 MODIFICATIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Aucune réduction de garantie demandée par l'Adhérent ne pourra être effectuée sans l'accord écrit de l'Organisme prêteur ayant consenti le prêt. L'adhésion aux garanties ITT, IPT, IPRO et IPP postérieurement aux garanties Décès et PTIA s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle adhésion aux garanties.

En cas d'ITT, d'IPT, IPRO d'IPP, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant le délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation. Toute rechute

consécutives à l'un de ces Sinistres sera également exclue des garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'ITT, l'IPT, l'IPRO, l'IPP résulte d'un accident postérieur à la date d'adhésion de ces nouvelles garanties.

11. COTISATIONS

11.1 DETERMINATION DU MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du Capital Initial et sont fixées en fonction des informations recueillies à l'adhésion et notamment de l'âge de l'Adhérent et l'Assuré, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

À l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Adhérent. Le tarif est garanti sauf changement de situation de l'Adhérent et/ou de l'Assuré, du taux des taxes, instauration de nouvelles impositions ou nouvelle décision législative ou réglementaire applicables au présent contrat qui s'imposerait aux adhésions en cours et entraînerait une modification du montant de la cotisation.

11.2 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion.

Le paiement de la cotisation est effectué en euros.

11.3 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

MILTIS ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations du Contrat, aux dates fixées.

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant la date de paiement fixée, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'adhésion au Contrat se trouvera de plein droit résiliée.

Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours est exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement.

A titre d'information, en cas de rejet du prélèvement des cotisations dues, des frais d'un

montant forfaitaire de 10 (dix) euros seront appliqués à l'encontre de l'Adhérent. En cas de mise en demeure pour non-paiement de tout ou partie des cotisations dues, des frais d'un montant forfaitaire de 25 (vingt-cinq) euros seront appliqués à l'encontre de l'Adhérent.

L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non-paiement des cotisations.

12. EXCLUSIONS

12.1 EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie prévue en cas de Décès :

- le suicide intervenu au cours de la première année du contrat. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, l'Adhérent n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation. Si le prêt garanti a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Adhérent, le suicide est couvert dès la prise d'effet de l'adhésion au Contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation ;
 - les accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
 - les conséquences de la participation à des exhibitions, records, tentatives de records, de paris, d'essai sur prototype ou exercices de voltige ou acrobaties de toutes natures ;
 - le saut à l'élastique, base jump et VTT de descente ;
 - les sports exercés à titre professionnel ou sous contrat rémunéré ;
 - les sports non représentés par une fédération et agréé par le ministère de la ville, des sports et de la jeunesse ;
 - les Sinistres résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atomes ;
 - les conséquences d'accidents ou de maladies occasionnées par une guerre civile ou étrangère, des émeutes, insurrections, mouvements populaires, rixes, actes terroristes ou de sabotage, dans lesquels l'Assuré a pris une part active.
- Toutefois, les cas de légitime défense, d'accomplissement du devoir professionnel et d'assistance à personne en danger sont garantis.

Sont exclus des garanties prévues en cas de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPRO d'IPP ;

- les exclusions stipulées en cas de Décès ;
- les conséquences d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement ;
- les conséquences de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ou à doses non prescrites ainsi que celles de l'alcoolisme aigu ou chronique ;
- les affections de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervicobrachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatalgies, sciatiques, cruralgies ainsi que leurs suites et conséquences si elles n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs (les séjours en soins de suite, en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ne sont pas considérés comme des hospitalisations au sens du présent article). Les Assurés ayant souscrit l'option dos ou l'option dos/psy sont garantis pour ces affections ainsi que pour leurs suites et conséquences sans condition d'hospitalisation sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion ;
- Les troubles fibromyalgiques, les affections psychopathologiques, neuropsychiques, asthéo-anxio-dépressives, schizophrénie, bipolarité, troubles du comportement alimentaire, syndrome d'épuisement professionnel, syndrome d'épuisement chronique, burn out, ainsi que leurs suites et conséquences s'ils n'entraînent pas une hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs. Pour les Assurés ayant souscrit l'option psy, ces affections sont garanties sans condition d'hospitalisation et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion.

En tout état de cause, quelle que soit la garantie, il appartient à MILTIS de prouver que le Sinistre résulte de l'un de ces événements.

12•2 SPORTS

Pour l'ensemble des garanties, les sports suivants pratiqués régulièrement et/ou en club et/ou en fédération, ne peuvent être garantis que s'ils ont

été déclarés à MILTIS et acceptés par cette dernière :

- Sports aériens ;
- Sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- Sports de montagne au-delà de 2500 mètres, de neige (exceptés la pratique sans compétition sur piste balisée et ouverte au public), l'Escalade (excepté lorsqu'elle est pratiquée sur mur artificiel) ;
- Sports de navigation au-delà de 20 milles des côtes et activité subaquatique au-delà de 40 mètres de profondeur ;
- Sports ou activités fluviales ;
- Sports nécessitant toute pratique souterraine ;
- Rallyes-raids, courses de survie, activités sportives en zone désertique, épreuves combinées.

Les baptêmes ou initiations encadrés par un moniteur diplômé sont couverts sans déclaration préalable.

13. DISPOSITIONS DIVERSES

13•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Digital Insure Services font l'objet d'un traitement aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec MILTIS pendant cinq ans.

Enfin, les données personnelles collectées 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 de Digital Insure Services (y compris le Médecin-Conseil), l'intermédiaire en assurances, MILTIS, et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Digital Insure Services prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

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, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer pour un motif légitime. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : DPO Digital Insure Services – 14 rue de Richelieu - 75001-PARIS ou dpo@digital-insure.fr. Digital Insure Services se chargera de traiter les demandes en se rapprochant, le cas échéant, des destinataires concernés. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

13•2 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le réclamant peut adresser une réclamation à Digital Insure Services, par le biais d'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent) ;
- courrier adressé au Service Client de Digital Insure Services - 14 rue de Richelieu - 75001- PARIS, en précisant son numéro d'adhérent.

Digital Insure Services en accusera réception dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée au cours de ce

délai) et répondra au réclamant dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si Digital Insure Services n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le réclamant peut saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris.

Le réclamant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'à la condition qu'aucune action en justice n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'Adhérent a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent.

13•3 PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Art L. 221-11 du Code de la mutualité :

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 lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :

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

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 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.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil). La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Miltis : Assureur du contrat : 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)
N°IDU EMBPG FR331494_01NNDU

Digital Insure Services : gestionnaire du contrat : Société par Actions Simplifiée au capital de 120 590,00 euros, Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 815 028 162 - dont le siège social est sis 14 rue de Richelieu - 75001 Paris
Intermédiaire en assurances inscrit à l'Orias sous le n°1600019



SANTÉ / PRÉVOYANCE



Règlement mutualiste



OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité et a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et honoraire et la mutuelle conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité. Il a été adopté par le Conseil d'Administration de la mutuelle conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale.

MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-7 du Code de la mutualité, et des statuts de la mutuelle, toute modification du présent règlement est décidée par le Conseil d'Administration et s'impose aux membres participants dès notification.

ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'adhésion à la mutuelle est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Avant la signature, la mutuelle doit avoir remis au membre participant les statuts de la mutuelle, le présent règlement mutualiste et les dispositions particulières correspondant à la garantie choisie. C'est sur le bulletin d'adhésion que le membre participant indique la ou les garantie(s) choisie(s).

DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale de la mutuelle en application de l'article 21 des statuts a fixé un droit d'adhésion à la mutuelle. Ce droit d'adhésion s'élève à 20 (vingt) euros. Cette somme est perçue une fois pour toutes lors de la première adhésion.

FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées et modifiées par le Conseil d'Administration conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Toute modification est portée à la connaissance des membres participants.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège de la mutuelle ou de son délégataire, du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation. Des délais d'attente peuvent éventuellement s'appliquer.

FIN DE L'ADHÉSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La demande de résiliation doit être reçue par la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle du contrat. Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en ait reçu la notification.

Le membre participant qui aurait porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle se verra exclu de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts.

FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par le membre participant pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de**

sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat) et L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L. 221-11 du Code de la mutualité :

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 lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :

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

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 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. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil). La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

Miltis

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817) N°IDU EMBPG FR331494_01NNDU

