

NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT UGIP START N°2501

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance de Prêts et crédits UGIP START est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par le Code de la Mutualité et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat d'assurance de groupe et est réservé aux seuls membres de l'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP).

MUTLOG et MUTLOG Garanties - 75 Quai de la Seine 75940 Paris Cedex 19 - Mutuelles régies par le livre 2 du Code de la Mutualité - SIREN n° 325942969 et n°384253605 - Ci-après dénommées MUTLOG - Interviennent en qualité d'Assureur du contrat.

Le Souscripteur est l'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP) - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par la Mutuelle relevant du Code de la Mutualité.

Le distributeur du produit est UGIP ASSURANCES - 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris - SAS au capital de 130 944 € - RCS Paris N°398 784 645 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS N°07 005 590 (www.orias.fr).

Le co-distributeur du contrat est GROUPE SANTIANE HOLDING (GSH) - 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris N° 812 962 330 - Immatriculée à l'Orias sous le N° 19 004 119 (www.orias.fr) - Intervient en qualité de co-courtier d'UGIP ASSURANCES.

La Mutuelle délègue la Gestion du contrat à UGIP ASSURANCES.

La langue utilisée au cours du contrat sera la langue française.

LEXIQUE

Les termes débutant par une majuscule et en italiques, non définis dans le corps de la notice ont la signification suivante.

Accident : Toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime après la date d'effet et pendant la durée de l'adhésion. **Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombosciatalgies, les accidents vasculaires et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des Accidents.**

Adhérent : Personne physique ou morale qui adhère à l'Association, à la Mutuelle et au présent Contrat, et remplissant les conditions définies à l'article 2.

Affection : Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie), constatée par une autorité médicale compétente.

Âge de l'Assuré : Âge de l'Assuré calculé par différence entre la date de l'adhésion et sa date de naissance (âge exact).

Assuré : Personne sur la tête de qui reposent les garanties du présent Contrat. L'Assuré est inscrit au Certificat d'adhésion et remplit les conditions définies à l'article 2.1.

Bénéficiaire : Le Bénéficiaire des prestations est l'Adhérent, qui stipule auprès de MUTLOG, que la prestation sera versée directement au profit du Prêteur, qui l'accepte, voire d'un tiers nommément désigné par l'Adhérent à concurrence des sommes qui sont dues.

Capital Restant Dû : Pour un Prêt, désigne le capital emprunté non amorti à la date de l'événement garanti et conforme au certificat d'adhésion, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Pour une opération de financement locatif, désigne la somme des loyers restant dus à la date de l'événement garanti, y compris la valeur résiduelle du bien. **Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des Échéances de Prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.**

Caution : 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. **Les garanties souscrites ne jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution qu'à la condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au**

moins une Échéance par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

Conjoint collaborateur : Conjoint d'un dirigeant d'une société commerciale, artisanale ou libérale, qui exerce une activité professionnelle effective et régulière dans la société, ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité, n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du Code Civil, et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Date de consolidation : Date à partir de laquelle, compte tenu des connaissances de la médecine à cette date, l'état de santé de l'Assuré n'est plus susceptible de s'améliorer ou n'est pas susceptible d'évoluer, soit spontanément, soit sous l'effet d'aucun traitement.

Échéance : Montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement ou échéancier de loyers au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'Adhésion ou avenant à l'adhésion en vigueur au jour du Sinistre. En cas de différé partiel d'amortissement, l'Échéance est limitée aux seuls intérêts du Prêt. L'Échéance ne couvre pas le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif. Concernant les Prêts à paliers intégrant les Prêts achat-revente, la Mutuelle ne prend pas en charge dans l'Échéance la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Emprunteur.

Les retards de paiement d'Échéances de prêt ou de loyers, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ne sont pas pris en compte dans l'Échéance.

Emprunteur : Toute personne physique ou morale à qui le Prêteur consent un Prêt.

France continentale : Territoire européen de la France excluant la Corse.

Franchise : Période fixée au Certificat d'Adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée totale de l'arrêt de travail. Elle peut être au choix de l'Adhérent de 60, 90 ou 180 jours consécutifs.

Fumeur : Personne déclarant qu'elle a fumé des cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes, ou utilisé des produits contenant de la nicotine ou ses dérivés (patch, gommes à mâcher), même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion.

Loyer théorique : Somme perçue périodiquement correspondant à la valeur à la location du bien immobilier telle qu'indiquée sur le bail en vigueur au moment du Sinistre. Le Loyer Théorique n'inclut pas les charges, impayés de loyer ou intérêts de retard.

Maladie : Toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Prêt : Désigne un Prêt, libellé en Euros ou en Franc Pacifique (converti en Euros), tel que précisé à l'article 2.2. Pour les Prêts en Franc Pacifique, les prestations versées par la Mutuelle sont définies en référence au tableau d'amortissement converti en euros à la date de souscription du contrat.

Prêt locatif : Désigne un prêt pour l'achat d'un bien destiné à être mis en location. Il doit être libellé en Euros ou en Franc Pacifique (converti en Euros) tel que précisé à l'article 2.2.

Prêteur : Organisme Prêteur identifié sur la demande d'adhésion à l'assurance. Le Prêteur doit être un établissement de crédit français ou une succursale française d'un établissement de crédit étranger (situé en Suisse ou au sein de l'Union Européenne). L'Organisme Prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat.

Quotité assurée : La Quotité assurée correspond pour chaque Assuré à la part, en pourcentage du capital emprunté, couverte par l'assurance de l'opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même opération de crédit, le montant total des indemnités versées par la Mutuelle ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une Quotité assurée de 100%.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI non-

familiale, la Quotité assurée en Décès/P.T.I.A., I.T.T., I.P.P. et I.P.T. ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'Adhérent dans la SCI au moment de l'adhésion.

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet des garanties, et avant le remboursement intégral du Prêt et/ou la cessation des garanties, l'Assuré contre tout **ou partie** des risques couverts suivants, selon l'Âge de l'Assuré au jour de l'adhésion (cf. article 2.1) et le cas échéant le montant du capital assuré :

Risques couverts (en tout ou partie), fonction de la formule choisie :

FORMULE n°1 : Décès + P.T.I.A. ou Décès seul si l'Assuré a plus de 67 ans à l'adhésion.

FORMULE n°2 : Formule n°1 + I.T.T./I.T.P./I.P.P.

FORMULE n°3 : Formule n°1 + I.T.T./I.T.P./I.P.P./I.P.P.

Options facultatives, proposées en complément des formules n°2 et n°3 :

- **Option MNO Dos** (définie à l'article 3.5.1)
- **Option MNO Psy** (définie à l'article 3.5.2)
- **Option MNO Dos/Psy** (définie à l'article 3.5.3)
- **Option UGIP Plus** (définie à l'article 3.5.4)
- **Option Exonération des cotisations** (définie à l'article 3.5.5)

Avant la prise d'effet des garanties visées ci-dessus, l'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire décès accident en cas de Décès Accidentel dans le cadre d'un nouveau Prêt, à concurrence du montant assuré avec un maximum de cent vingt mille (120 000) euros. Cette garantie ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de prêt, suite à substitution d'assurance (cf. article 3.1).

Seules sont accordées à l'Assuré, les garanties choisies au jour de l'adhésion et acceptées par la Mutuelle, mentionnées sur le certificat d'adhésion valant délégation de bénéficiaire, et à condition que le risque couvert ne soit pas réalisé à la date d'effet du contrat.

ARTICLE 2 : CONDITIONS D'ADHÉSION

2.1. Assuré et personnes assurables

Pour être Adhérent au contrat, il faut :

- Être une personne physique âgée de plus de dix-huit (18) ans à la date d'adhésion, ou être une personne morale,
- Résider en France continentale, dans les DROM-COM, la Corse, dans l'Union Européenne et le Royaume Uni et la Suisse. Sauf dérogation de la Mutuelle,
- À la date de l'adhésion, avoir sa résidence fiscale en France (pour les Adhérents personnes physique) ou son siège social ou un établissement en France (pour les Adhérents personnes morales),
- Avoir contracté un Prêt ou un crédit-bail ou être Caution d'un Prêt ou d'un crédit-bail libellé en Euros et rédigé en français auprès du Prêteur, d'un montant minimum de vingt mille (20 000) euros.

Pour être assuré, il faut :

- Résider en France continentale, dans les DROM-COM, la Corse, dans l'Union Européenne, et le Royaume Uni et la Suisse. Sauf dérogation de la Mutuelle.
- Être Emprunteur, co-Emprunteur ou Caution d'une personne physique ou d'une personne morale,
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant conformément à l'article 6,
- Être âgé au jour de l'adhésion de plus de dix-huit (18) ans, et demander son admission **au plus tard** selon les limites d'âge suivantes :

Risques couverts	Limite d'adhésion
Décès (DC)	À la date exacte du 85 ^{ème} anniversaire.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	À la date exacte du 67 ^{ème} anniversaire.
Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) ou Invalidité spécifique AERAS (G.I.S.)	À la date exacte du 67 ^{ème} anniversaire et avant le départ en retraite ou pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail.
Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)	
Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)	
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)	

2.2. Prêts assurables

Le contrat couvre (sauf dérogation de la Mutuelle) les Prêts immobiliers, professionnels, les Prêts locatifs et les Prêts à la consommation tels que :

- Les Prêts amortissables à taux fixe ou variable, d'une durée restante maximum de trente (30) ans, différé d'amortissement éventuel non compris,
- Les Prêts in fine d'une durée maximum de vingt (20) ans,
- Les Prêts relais d'une durée maximum de trente-six (36) mois,
- Les crédits-bails.

Ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat les types de Prêts suivants :

- Les découverts bancaires et facilités de caisse,
- Les Prêts viagers hypothécaires.

Les Prêts doivent être libellés en Euros ou en Francs Pacifiques convertis en euros. Pour les Prêts en Franc Pacifique, les prestations versées par la Mutuelle sont définies en référence au tableau d'amortissement converti en euros à la date de souscription du contrat.

Si l'Assuré n'a aucune déclaration de santé à faire pour l'assurance des Prêts visés au 1 de l'article L. 313-1 du Code de la consommation, seuls sont assurables les Prêts finançant l'achat en cours d'une résidence principale ou secondaire, ou si l'adhésion se fait dans le cadre d'une substitution d'assurance seuls sont assurables les Prêts précédemment couverts par l'assurance proposée par la banque ayant accordée le Prêt.

2.3. Montants assurables

Le montant total des capitaux assurés par la Mutuelle, tous contrats d'assurances de financement auprès de la Mutuelle et tous réseaux distributeurs confondus, est limité (sauf dérogation) par Assuré, à :

- Trois millions (3 000 000) d'euros au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.),
- Dix-mille-cinq-cents (10 500) euros par mois au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale avec versement en rente (I.P.T. Rente), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.),
- Trois millions (3 000 000) d'euros au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale avec versement en capital (I.P.T. Capital), jusqu'au 31/12 de l'année du 55^{ème} anniversaire de l'Assuré à l'adhésion. Au-delà de cet âge un million (1 000 000) d'euros maximum assuré.

Le montant total des capitaux assurés par la Mutuelle tient compte :

- de tous les capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,
- et des nouveaux capitaux à assurer.

Quel que soit le contrat, la dette est couverte pour chaque Adhérent à concurrence du montant emprunté multiplié par la quotité choisie qui est au maximum de 100 %.

2.4. Règles d'éligibilité pour l'ensemble des garanties à l'adhésion

Territorialité	France continentale		Corse, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Polynésie française, Nouvelle Calédonie	
	En activité	Sans activité	En activité	Sans activité
Activité professionnelle				
Décès	✓	✓	✓	✓
P.T.I.A.	✓	✓	✓	✓
I.P.T. rente	✓	✓	✓	✓
I.P.T. capital	✓	✗	✓	✗
I.T.T. 60j	✓	✗	✗	✗
I.T.T. 90j	✓	✓	✓	✓
I.T.T. 180j	✓	✓	✓	✓
I.P.P.	✓	✓	✓	✓
Option MNO	✓	✓	✓	✓
Option UGIP Plus	✓	✓	✓	✓

✓ **Garantie Éligible**

✗ **Garantie Non éligible**

Pour les Prêts libellés en Euros ou en Francs Pacifiques, convertis en euros, et dont la territorialité est la Guyane, St Pierre et Miquelon, St Barthélémy, l'Union Européenne et le Royaume Uni et la Suisse, les seules garanties accessibles sont le Décès et la P.T.I.A.

Pour tout autre pays non cité, une étude en amont auprès de la Mutuelle est nécessaire.

2.5. Pluralité d'Assurés au titre d'un même contrat de Prêt

La Mutuelle limite ses garanties au montant des prestations qui seraient dues pour un Assuré avec une quotité de 100%, en cas de Sinistre atteignant en même temps plusieurs Assurés pour un même financement.

En cas de Décès simultané de plusieurs Assurés, les prestations réglées correspondent au solde du *Capital Restant Dû* au Prêteur dans la limite des montants garantis **et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du *Capital Restant Dû***.

En cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) de l'un des Assurés dont la *Quotité assurée* est de 100%, le *Capital Restant Dû* est versé une seule fois, **les autres Assurés cessant d'être garantis**.

En cas d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) simultanées des Assurés, les prestations sont réglées conformément aux dispositions de l'article 3, affectées de la *Quotité assurée* sur chaque tête, et ne sauraient excéder le cumul entre les Assurés et, pendant toute la période garantie, 100% des *Échéances* du Prêt.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées au Prêteur ne peut être supérieur au montant du *Capital Restant Dû*.

Le solde éventuel est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) à l'article 8.

ARTICLE 3 : GARANTIES

3.1. La garantie Décès

3.1.1. La garantie temporaire Décès Accidentel

La garantie temporaire Décès Accidentel est applicable uniquement dans le cadre de la mise en place d'un nouveau Prêt. Elle ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de prêt, dans le cadre d'une substitution d'assurance.

Tant que l'acceptation des risques n'a pas pu être formulée par la Mutuelle, seule la garantie temporaire Décès Accidentel est acquise. Cette garantie temporaire permet la couverture du «Décès Accidentel» à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, aux conditions ci-après et sous réserve des exclusions définies à l'article 5.

Par « Décès Accidentel », il faut entendre le décès consécutif à toute atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Si la garantie est acquise, la Mutuelle verse la prestation comme défini à l'article 3.1.2. **La garantie temporaire décès accident cesse :**

- **dès la prise d'effet des garanties prévue à l'article 6.1 en cas d'acceptation par la Mutuelle de l'adhésion,**
- **ou de plein droit, à la date du courrier de la Mutuelle notifiant son refus de l'adhésion,** si après examen des pièces médicales fournies, la Mutuelle se prononce pour le refus de l'adhésion.

Dans le cas où les garanties n'auraient pu prendre effet, la garantie temporaire Décès Accidentel cesse de plein droit dès que la Mutuelle a notifié sa décision ou si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de quinze (15) jours, aux demandes de renseignements complémentaires de la Mutuelle.

3.1.2. La garantie Décès Toutes Causes

Par « Décès », il faut entendre le décès consécutif à une *Maladie* ou à un *Accident*.

Cette garantie est acquise, dans les limites de la *Quotité assurée*, sous réserve du respect de la limite d'âge pour adhérer (cf. article 2.1), de l'acceptation de l'admission de l'Adhérent à l'assurance par la Mutuelle et des exclusions définies à l'article 5.

La Mutuelle verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) le *Capital Restant Dû* au jour du décès tel qu'indiqué au tableau d'amortissement remis par le Prêteur multiplié par la *Quotité assurée*, dans la limite du montant indiqué au certificat d'adhésion.

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'adhésion, l'adhésion au Contrat produira tous ses effets, **s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le Prêt est consenti demeure**.

Pour les 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'Adhérent lorsque l'Adhérent à l'association est une personne physique,
- de l'Adhérent à l'association lorsque celui-ci est une personne morale.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 6.5.

Dans le cadre d'un crédit-bail, le *Capital Restant Dû* est égal à la totalité des loyers à échoir (hors impayés et pénalités) et à la valeur de rachat du bien financé correspondante à la valeur résiduelle estimée lors de l'adhésion dans la limite du montant garanti.

3.2. La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)

Par « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), il faut entendre l'état, à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, qui place l'Assuré après consolidation de son état de santé, dans l'incapacité totale et irréversible reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle, de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Pour bénéficier de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), l'Assuré doit obligatoirement remplir ces **deux (2) conditions cumulatives**.

Cette garantie a pour objet de couvrir les formes d'invalidité mettant l'Assuré dans un état tel **qu'il est complètement et définitivement dépendant de l'assistance permanente d'une tierce personne pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne**.

La Mutuelle n'est pas liée par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Elle est acquise dans les limites de la *Quotité assurée*, sous réserve que la limite d'âge pour adhérer soit respectée (cf. article 2.1) et que la consolidation de l'état de P.T.I.A. intervienne avant la limite d'âge mentionnée à l'article 6.5 et dans la limite des exclusions définies à l'article 5 ou incluses dans les conditions particulières.

Dès que cet état est reconnu comme tel par le médecin conseil de la Mutuelle, la Mutuelle verse la prestation due selon les modalités définies pour la garantie Décès (article 3.1) dont le montant est arrêté à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré déterminée par le médecin conseil de la Mutuelle.

Le versement de la prestation au titre de la garantie P.T.I.A. met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 6.5.

3.3. Les garanties Invalidité Permanente Totale (I.P.T) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)

L'Assuré bénéficie de tout ou partie de ces garanties s'il a adhéré avant son 67^{ème} anniversaire et avant son départ en retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail, sous réserve des exclusions définies à l'article 5, sauf :

- en cas de refus formel de sa part d'adhérer à ces garanties,
- en cas de refus d'admission à ces garanties par la Mutuelle,
- En cas de Prêts avec différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente-six (36) mois. Cette condition ne concerne pas les Prêts à taux zéro.

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

L'Assuré bénéficie de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, **déjà pris en charge par la Mutuelle au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale**, le médecin conseil de la Mutuelle constate la consolidation de son état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'article 6.5, le rendant **définitivement inapte** :

- à l'exercice de son activité professionnelle s'il exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre,
- à ses activités constituant l'aide à son conjoint s'il est *Conjoint collaborateur* non rémunéré au jour du Sinistre,
- à toutes ses occupations pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas *Conjoint collaborateur* au jour du Sinistre. 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.

Le médecin conseil de la Mutuelle doit évaluer si le taux d'invalidité de l'Assuré au regard du barème de la mutuelle (cf. article 3.3.3) est **supérieur ou égal à 66%**.

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

L'Assuré bénéficie de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, **déjà pris en charge par la Mutuelle au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale**, le médecin conseil de la Mutuelle constate la consolidation de son état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'article 6.5 le rendant **inapte à exercer à temps plein** :

- tout ou partie de son activité professionnelle pouvant lui apporter gains et profits s'il exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre,
- tout ou partie des activités constituant l'aide à son conjoint s'il est *Conjoint collaborateur* non rémunéré au jour du Sinistre,
- à toutes ses occupations pour les *Assurés* n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas *Conjoint collaborateur* au jour du Sinistre. 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.

Le médecin conseil de la Mutuelle doit également évaluer si le taux d'invalidité de l'Assuré au regard du barème de la mutuelle (cf. article 3.3.3) est **supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66%**.

3.3.3. Détermination du taux d'invalidité

La détermination du taux d'invalidité doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle.

Le médecin désigné par la Mutuelle détermine par le biais d'une expertise médicale le taux d'invalidité permanente, et ce, **indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire d'assurance maladie dont l'Assuré dépend**.

Le taux d'invalidité est :

- la conjugaison des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée ou s'il est *Conjoint collaborateur* non rémunéré à la date du Sinistre,
- dépendant uniquement du taux d'invalidité fonctionnelle s'il n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée et s'il n'est pas *Conjoint collaborateur* au jour du Sinistre.

Barème contractuel de l'invalidité

		TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE									
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
TAUX D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	10%	10%	16%	21%	25%	29%	33%	37%	40%	43%	46%
	20%	13%	20%	26%	32%	37%	42%	46%	50%	54%	58%
	30%	14%	23%	30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
	40%	16%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	63%	69%	74%
	50%	17%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
	60%	18%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
	70%	19%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	76%	83%	89%
	80%	20%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	86%	93%
	90%	21%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	96%
	100%	22%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Barème de la garantie Invalidité Permanente Partielle

Barème de la garantie Invalidité Permanente Totale

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité de l'Assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de sa capacité à l'exercer antérieurement à la *Maladie* ou à l'*Accident*, des conditions d'exercice normales et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique de l'Assuré, suite à son *Accident* ou à sa *Maladie*. Il

est fixé d'après le barème indicatif des incapacités en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

À la *Date de consolidation* de son état de santé si le taux d'invalidité contractuel retenu est :

- **égal ou supérieur à 66%**, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), dans les limites fixées à l'article 3.3.4,
- **supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66%**, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), s'il bénéficie de cette garantie, dans les limites fixées à l'article 3.3,
- **inférieur à 33%**, les prestations cessent.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité est strictement inférieur à 66 % pour la garantie I.P.T. et 33 % pour la garantie I.P.P.

En tout état de cause l'état de santé de l'Assuré doit être consolidé avant la date à laquelle il fait valoir ses droits à une pension et au plus tard à la date de son 67^{ème} anniversaire ou s'il a choisi l'option UGIP PLUS à la date du 31/12 de l'année suivant son 70^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur. L'option UGIP PLUS doit figurer sur le certificat d'adhésion pour que la garantie soit prolongée entre son 67^{ème} et son 70^{ème} anniversaire. La prise en charge des *Échéances* de remboursement s'applique pendant la durée de son invalidité proportionnellement à cette durée.

3.3.4. Prestations

La Mutuelle prend en charge les prestations, selon la *Franchise* souscrite à l'adhésion à compter du 61^{ème}, 91^{ème} ou du 181^{ème} jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Base de calcul

L'indemnité versée par la Mutuelle est calculée suivant l'option choisie par l'Assuré à l'adhésion :

- **Pour les Prêts amortissables et les Prêts à paliers** : sur la base des *Échéances de Prêt* affectées de la *Quotité assurée*, s'il a opté pour l'I.P.T. Rente.

Dans ce cas, les *Échéances* trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en *Échéances* mensuelles égales.

La Mutuelle verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

- **Pour les Prêts relais et in fine**, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les *Prêts* amortissables, seules les *Échéances* d'intérêts sont prises en charge par la Mutuelle.
- **Pour les crédits-bails**, seuls les loyers sont pris en charge.

L'Échéance ne couvre pas le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement crédit-bail. En aucun cas, le remboursement anticipé partiel du capital intervenant pendant une période d'I.P.T. ou d'I.P.P. n'est pris en charge par la Mutuelle.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé, tels que prévus sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant à l'adhésion entériné par la Mutuelle.

- Dans le cas d'une souscription de la garantie I.P.T. Capital, l'indemnité sera versée sur la base du *Capital Restant Dû* à la date de la reconnaissance de l'I.P.T. par la Mutuelle, dans la limite du montant garanti tel qu'indiqué au certificat d'adhésion. La Mutuelle prend en charge :
 - » **Pour les Prêts amortissables, les Prêts à paliers et les Prêts in fine** : 100% du *Capital Restant Dû* (multiplié par la *Quotité assurée*) au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.T. par la Mutuelle, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par la Mutuelle. Concernant les *Prêts* à paliers intégrant les *Prêts* achat-revente, si l'Assuré est reconnu en état d'I.P.T. avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'*Emprunteur*, le versement est effectué sur la base du *Capital Restant Dû* déduction faite de ce remboursement programmé.
 - » **Pour les contrats de crédit-bail** : la somme des loyers restant dus au jour de la reconnaissance de l'état d'I.P.T. par la Mutuelle, augmentée de la valeur résiduelle du bien financé, conformément à l'échéancier

de loyers en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par la Mutuelle.

- **Le versement sous forme de capital en cas d'I.P.T. met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'I.P.T. soit égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A.**
- **Si le capital versé au titre de l'I.P.T. est inférieur au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/P.T.I.A., l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès et P.T.I.A., pour un montant égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée/P.T.I.A., déduction faite du capital déjà versé au titre de l'I.P.T.**

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'Échéances intervenant pendant la prise en charge d'un Sinistre par la Mutuelle au titre de l'une des garanties,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les Échéances des remboursements de Prêts ayant un différé total d'une durée supérieure à trente-six (36) mois, sauf pour les Prêts à taux zéro,
- les retards de paiement d'Échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- le remboursement du capital pour les Prêts relais et les Prêts in fine,
- l'option d'achat pour les crédit-bail.

Montant des prestations

L'indemnité versée par la Mutuelle est fonction du tableau ci-dessous.

Garanties	Taux de prise en charge des Échéances de Prêt
I.P.T.	100%, dans la limite des montants indiqués au certificat d'adhésion
I.P.P.*	(N-33)/33, où N est le taux d'invalidité de l'Assuré défini entre son taux d'invalidité professionnelle et son taux d'invalidité fonctionnelle (pour les sans activité au jour du Sinistre, uniquement le taux d'invalidité fonctionnelle)

* Si l'Assuré a souscrit la garantie I.P.P., l'indemnité versée par la Mutuelle s'effectuera toujours sur la base des Échéances de Prêt affectées de la Quotité assurée.

En cas d'I.P.T. en rente ou d'I.P.P. donnant droit aux versements des Échéances telles que définies ci-dessus, si l'option d'Exonération des cotisations a été souscrite par l'Assuré, les garanties souscrites sont maintenues avec **exonération totale du paiement des cotisations (sous forme de remboursement des cotisations)** pendant la durée de versement de l'indemnité. **Cette garantie Exonération des cotisations est comprise dans les cotisations si elle a été souscrite.**

3.3.5. Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 6.5.

Les prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de la part de l'Assuré au contrôle médical ou expertise médicale demandé par la Mutuelle lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par la Mutuelle, indispensables à la poursuite de l'indemnisation.

Garanties	Cas de cessation de versement des prestations
Pour l'I.P.T. rente	<ul style="list-style-type: none"> • dès que l'Assuré reprend son activité professionnelle à temps complet ou partiel, • si son taux d'invalidité devient strictement inférieur à 66% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par la Mutuelle.

Pour l'I.P.P.	<ul style="list-style-type: none"> • dès que l'Assuré reprend son activité professionnelle, à temps complet. • si son taux d'invalidité devient strictement inférieur à 33% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par la Mutuelle.
---------------	--

Les prestations au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont liées à la justification du degré d'invalidité, qui a ouvert droit à la prestation. Toute modification (aggravation ou amélioration) de cet état d'invalidité entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie à l'article 5.2.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du Prêt pendant la période d'I.P.T. ou d'I.P.P. ne sera pas prise en compte. Celle-ci sera différée à la fin de la période de prise en charge de l'I.P.T. ou de l'I.P.P. et sous réserve d'une nouvelle sélection médicale et de l'acceptation par la Mutuelle.

3.4. Les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)

3.4.1. Incapacité Totale de Travail (I.T.T.)

À la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident* et sur prescription médicale, l'Assuré est temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle. En outre, il ne doit exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

Si l'Assuré est sans activité professionnelle au jour du Sinistre, il doit être temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée d'effectuer toute occupation quotidienne, usuelle et de réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

Il bénéficie de cette garantie tant que son état de santé n'est pas consolidé, et dans la limite de mille quatre-vingt-quinze (1095) jours à compter de la date à laquelle il s'est vu prescrire un repos complet et continu. L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

3.4.2. Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription du médecin traitant, la Mutuelle, après une Incapacité Totale de Travail, versera pendant cent quatre-vingt (180) jours maximum les arrrages de remboursement ou les loyers en cas de crédit-bail venant à échéance à hauteur de 50% du montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins soixante (60) jours au titre de l'Incapacité Temporaire Totale au titre de cette adhésion.

Le versement des prestations est suspendu durant le congé légal de maternité de l'Assurée, qu'elle soit ou non salariée. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'Assurée ne peut pas reprendre son activité du fait de son état pathologique, les garanties de l'adhésion reprendront à compter de l'expiration du congé sous réserve qu'avant le début de ce congé, l'Assurée ait été indemnisée pendant au moins soixante (60) jours au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

Prestations

La Mutuelle prend en charge les prestations, selon la *Franchise* souscrite à l'adhésion à compter du 61^{ème}, 91^{ème} ou du 181^{ème} jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

La Mutuelle n'applique pas de nouvelle *Franchise* si, après une période d'incapacité de travail (I.T.T.) indemnisée par ses soins, l'Assuré a repris une activité professionnelle pendant moins de soixante (60) jours et s'il est de nouveau en incapacité de travail pour la même *Maladie* ou le même *Accident*. Dans tous les autres cas, la Mutuelle applique à nouveau la *Franchise* souscrite à l'adhésion.

En cas d'I.T.T. ou d'I.T.P. donnant droit aux versements des Échéances telles que définies ci-dessus, si l'option d'Exonération des cotisations a été souscrite par l'Assuré, les garanties souscrites sont maintenues avec **exonération totale du paiement des cotisations (sous forme de remboursement des cotisations)** pendant la durée de versement de l'indemnité. La *Franchise* est celle de l'option choisie par l'Assuré à l'adhésion, pour la garantie I.T.T. **Cette garantie Exonération des cotisations est comprise dans les cotisations si elle a été souscrite.**

Base de calcul

L'indemnité versée par la Mutuelle est calculée sur la base des Échéances

de Prêt selon le type de financement au moment du Sinistre, affectées de la Quotité assurée dans la limite du montant d'Échéance garanti mentionné sur le certificat d'adhésion.

Pour les Prêts relais et in fine, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les Prêts amortissables, seules les Échéances d'intérêts et les cotisations d'assurance sont prises en charge par la Mutuelle.

Pour les crédits-bails, les Échéances prises en compte sont les loyers venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement dans la limite du montant d'Échéance garanti mentionné sur le certificat d'adhésion.

Les Échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en Échéances mensuelles égales. La Mutuelle verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

Ne sont pas pris en compte :

- **les augmentations d'Échéances intervenant pendant la prise en charge d'un Sinistre par la Mutuelle au titre de l'une des garanties I.T.T. ou I.T.P.,**
- **le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,**
- **les Échéances des remboursements de Prêts ayant un différé total d'une durée supérieure à trente-six (36) mois, sauf pour les Prêts à taux zéro,**
- **les retards de paiement d'Échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,**
- **le remboursement du capital pour les Prêts relais et les Prêts in fine,**
- **l'option d'achat pour le crédit-bail.**

Montant des prestations

L'indemnité versée par la Mutuelle est fonction du tableau ci-dessous.

Garanties	Taux de prise en charge des Échéances de Prêt
I.T.T.	100 %
I.T.P.	50%

Le montant total des indemnités assurées par la Mutuelle, tous contrats d'assurances de financement auprès de la Mutuelle et tous réseaux distributeurs confondus, est limité (sauf dérogation) par Assuré, à :

- **Dix mille cinq cents (10 500) euros par mois, au titre de la garantie I.T.T.**

Et cela dans la limite des montants indiqués au certificat d'adhésion.

Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 6.5.

Les prestations dues au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) et Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de part de l'Assuré au contrôle médical ou expertise médicale demandé par la Mutuelle lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par la Mutuelle, indispensables à la poursuite de l'indemnisation,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'impossibilité totale physique ou mentale de travailler, ou d'accomplir ses tâches quotidiennes usuelles s'il n'exerce pas une activité professionnelle au moment du Sinistre,
- à la Date de consolidation de son état de santé,
- dès qu'il reprend son activité professionnelle,
- au 1096^{ème} jour à compter de la date à laquelle il s'est vu prescrire un arrêt de travail.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du Prêt pendant la période d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) ou d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.) ne sera pas prise en compte.

Maternité : Le service des prestations sera suspendu pendant la durée légale du congé de maternité. Cette période de congé légal sera également appliquée aux Assurées non salariées.

3.5. Options facultatives : MNO, UGIP PLUS ET EXONÉRATION DES COTISATIONS

3.5.1. L'option MNO DOS

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P. uniquement au moment de l'adhésion.

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'article 5. Les Sinistres résultant des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires, sont couverts **sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.**

3.5.2. L'option MNO PSY

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P., uniquement au moment de l'adhésion.

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'article 5. Les Sinistres résultant de toutes les Maladies psychiques ou psychiatriques énumérées à cet article sont couverts sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

3.5.3. L'option MNO DOS/PSY

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P., uniquement au moment de l'adhésion.

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègement des exclusions en cas d'incapacité ou d'invalidité, mentionnées à l'article 5. Les Sinistres résultant de toutes les Maladies psychiques ou psychiatriques énumérées à cet article, ou résultant des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires, sont couverts sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

3.5.4. L'option UGIP PLUS

Cette option peut être souscrite en complément des garanties I.T.T./I.T.P./I.P.T./I.P.P., uniquement au moment de l'adhésion et permet une extension de couverture de garantie du 31/12 de l'année suivant le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré au 31/12 de l'année suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

3.5.5. L'option Exonération des cotisations

En cas d'I.T.T. ou d'I.T.P., d'I.P.T. en rente ou d'I.P.P. donnant droit aux versements des Échéances telles que définies ci-dessus, si l'option d'Exonération des cotisations a été souscrite par l'Assuré, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération totale du paiement des cotisations (sous forme de remboursement des cotisations) pendant la durée de versement de l'indemnité.

3.6. La garantie Invalidité Spécifique AERAS (GIS)

L'Assuré bénéficie de la garantie invalidité spécifique AERAS, lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé,
- son taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle tel que défini à l'article 6.2, apprécié par le médecin désigné par la Mutuelle par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70%.

La prestation garantie, l'âge limite à respecter à l'adhésion pour pouvoir bénéficier de cette garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion contractuelles sont identiques à celles définies pour les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de la Mutuelle de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

La garantie Invalidité Spécifique AERAS garantit les suites et conséquences des seules Affections déclarées, dont la Mutuelle a eu connaissance lors de l'admission à l'assurance.

Le paiement des prestations cesse :

- **à défaut de présentation des justificatifs requis par la Mutuelle,** pour la poursuite de l'indemnisation,
- **en cas d'opposition de la part de l'Assuré au contrôle médical ou expertise médicale demandé par la Mutuelle** lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- **dès que,** par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, **son taux d'incapacité fonctionnelle devient strictement inférieur à 70 %,**
- **dès qu'il reprend une activité professionnelle,** même à temps

partiel **ou que suite à un contrôle médical initié par le médecin conseil de la Mutuelle, il est reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle**, même partielle.

de l'Assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical), un expert français pourra être diligenté par la Mutuelle sur le territoire concerné. Les frais de déplacement de l'expert resteront à la charge de l'Assuré sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par l'expert français.

ARTICLE 4 : TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

Les garanties sont accordées **dans le monde entier** pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) à l'étranger sans limitation en termes de durée de séjour.

Cependant, il est expressément stipulé que pour les Assurés résidant fiscalement hors du territoire français, les prestations au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.), d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ne sont servies par la Mutuelle que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France (France continentale, Corse et DROM-COM), les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge. En cas d'impossibilité totale

ARTICLE 5 : LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE

La Mutuelle couvre **à titre principal** les risques de Décès (DC), de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), et **à titre facultatif** les risques d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et le cas échéant la garantie invalidité spécifique AERAS, **sous les réserves prévues par le Code de la Mutualité et à l'exclusion des suites et conséquences des événements indiqués dans le tableau ci-après.**

Attention, les exclusions dépendent des garanties assurées.

ÉVÈNEMENTS	GARANTIE TEMPORAIRE DÉCÈS ACCIDENTEL DÉCÈS TOUTES CAUSES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)	INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.) INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.) INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (G.I.S.)
Le suicide de l'Assuré s'il survient lors de la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion, sauf si le Prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, défini à l'Article L.132-7 du Code des Assurances. Dans ce cas toutefois, seul le montant du Prêt dans la limite du plafond de cent vingt mille (120 000) euros défini à l'article R.132-5 du Code des Assurances est garanti.	✓ (Ne concerne que la garantie Décès Toutes causes)	
Les suites et conséquences d'une Incapacité ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet des garanties ne peuvent mettre en jeu les garanties prévues au contrat.	✓	✓
La guerre lorsque la France est partie prenante. La participation active de l'Assuré à des faits de rixe, d'émeute, d'insurrection, de délit, de crime, de mouvement populaire, de guerre civile ou étrangère, d'acte de terrorisme et/ou de sabotage. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque ces faits ont été commis en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel. Les événements causés ou aggravés par des armes ou 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. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque le Sinistre provient du mauvais fonctionnement d'un instrument médical, ou d'une mauvaise manipulation de celui-ci, dans le cadre d'un traitement suivi par l'Assuré.	✓	✓
Les suites et conséquences directes ou indirectes d'accidents liés à la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'accidents liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical.	✓	✓
L'usage de médicaments, de stupéfiants, de tranquillisants et/ou de drogues non prescrits par une autorité médicale, ou à des doses non prescrites.	✓	✓
Les Accidents ou Maladies résultant du fait volontaire de l'Assuré, y compris les tentatives de suicide ou de mutilation.	✓ (Ne concerne que la garantie P.T.I.A.)	✓

ÉVÈNEMENTS	GARANTIE TEMPORAIRE DÉCÈS ACCIDENTEL DÉCÈS TOUTES CAUSES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)	INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.) INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.) INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (G.I.S.)
<p>Les suites et conséquences résultant de la pratique des sports suivants : alpinisme, arts martiaux de compétition, bobsleigh, canyoning, chasse à courre, cyclisme de compétition, équitation, escalade, motonautisme, plongée sous-marine (à plus de 10m de profondeur sans bouteille, à plus de 40m de profondeur avec bouteille), rafting, randonnée de montagne en solitaire ou au-dessus de 3.000 mètres, saut à l'élastique ou bungee, spéléologie, sports aériens et/ou utilisation de tout engin aérien, sports automobiles, sports avec utilisation d'une arme, sports de neige ou de glace (autre qu'amateur sur piste ouverte et balisée de ski alpin ou de fond, monoski, surf, patinage), sports de combat, sports motocyclistes, taumachie, sports professionnels ou sous contrats avec rémunération, sports à titre amateur rémunéré, voile et yachting, autres sports mécaniques ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant.</p> <p>Toutefois, les exclusions ci-dessus ne sont pas applicables dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> si ces activités sportives sont déclarées lors de l'adhésion et ont fait l'objet de l'acceptation expresse de la Mutuelle et le cas échéant d'une tarification spécifique ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> si ces activités sportives sont encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que le bénéficiaire de la prestation établit que la pratique de l'activité par l'Assuré a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement. 	✓	✓
Le congé maternité, paternité et le congé d'adoption prévu par le code du travail, y compris par assimilation pour les personnes non salariées.		✓
La conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur 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 interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice ou réparatrice consécutive à un Accident ou à une Maladie couvert par l'adhésion.		✓
La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.		✓
<p>Les dépressions endogènes ou réactionnelles, les troubles anxiodépressifs, et névrotiques, l'hypersomnie ou l'insomnie, le burn-out, l'épuisement, les troubles du comportement et de la personnalité, les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs), les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles bipolaires, leurs suites et conséquences, sauf si ceux-ci nécessitent une hospitalisation de plus de 9 jours continus.</p> <p>La souscription de l'option MNO PSY OU MNO DOS/PSY permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation.</p>		✓
<p>Une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, arthrose, discopathie, pincement discal, canal cervical étroit, radiculalgie, lombocruralgie, lombosciatalgie, lombosciatique, sciatique, canal lombaire rétréci et/ou étroit, spondylolisthésis, maladie de Scheuermann, maladie de Forestier et Rotès Queroi, ostéoporose, tassement vertébral ostéoporotique, scoliose, cyphose, lordose, sauf si cette atteint nécessite une intervention chirurgicale ou une hospitalisation de plus de 5 jours continus pendant cette incapacité.</p> <p>La souscription de l'option MNO DOS ou MNO DOS/PSY permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale.</p>		✓

ARTICLE 6 : VIE DU CONTRAT

6.1. Prise d'effet des garanties

6.1.1. Adhésion pour les nouveaux Prêts

Les garanties prennent effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve :

- que l'acceptation de l'offre ou du contrat de prêt par le dernier signataire intervienne dans les six (6) mois (ou douze (12) mois pour les Prêts différés), suivant l'envoi à l'Adhérent de la notification de couverture par la Mutuelle (cf. article 6.3),
- et que le premier décaissement intervienne dans les six (6) mois (ou douze (12) mois pour les Prêts différés), suivant l'acceptation de l'offre ou du contrat de prêt,
- et du paiement de la première cotisation d'assurance dans le délai mentionné ci-avant.

6.1.2. Adhésion dans le cadre d'une substitution d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des Assurances, les garanties prennent effet dix (10) jours après la réception par la Mutuelle de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure.

6.2. Durée des garanties

La durée maximale de l'assurance, décomptée à partir de la date d'effet des garanties, est fonction de l'Âge de l'Assuré et de l'âge limite de la dernière garantie active (la garantie Décès), dans la limite de la durée du Prêt garanti. Elle correspond à la période comprise entre la date de prise d'effet des garanties et leurs dates de cessation stipulées à l'article 6.5.

6.3. Les formalités d'adhésion

Si la part assurée sur l'encours cumulé de contrats de Prêt n'excède pas deux cent mille (200 000) euros et si l'échéance de remboursement du Prêt contracté intervient avant le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré, il n'y a aucune déclaration de santé à faire pour l'assurance des Prêts visés au 1 de l'article L313-1 du Code de la consommation.

Toutefois, il est précisé que la déclaration de l'encours à la souscription est déterminante pour la suite donnée au contrat. Ainsi, en cas de fausse déclaration sur l'encours mentionné n'ayant pas permis à MUTLOG d'appliquer les formalités médicales exigées, le contrat d'assurance sera immédiatement annulé, conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité.

L'Assuré doit uniquement compléter et signer la demande d'adhésion, ainsi que le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP. Dans les autres cas, il doit compléter et signer la demande d'adhésion, le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP ainsi que le questionnaire de santé joint à la demande. Par ailleurs, quand cela est demandé, il doit se soumettre aux formalités médicales précisées par la Mutuelle lors de la demande. Les formalités médicales d'adhésion dépendent, pour chaque Assuré, de son âge, du montant du financement à assurer et du solde éventuel des capitaux restants assurés, tel que défini à l'article 2.3, au titre de financements antérieurs garantis par la Mutuelle. Vos déclarations sont valables six (6) mois à compter de leur émission pour les nouveaux Prêts et douze (12) mois à compter de leur émission dans le cadre de la loi Lemoine. À réception du dossier de demande d'adhésion, le médecin conseil de la Mutuelle peut demander un complément d'information ou des examens médicaux complémentaires.

La Mutuelle peut :

- ACCEPTER la demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant tout ou partie d'un risque (médical, sportif, professionnel...) ou en refusant certaines garanties.

Si la Mutuelle propose un taux majoré à l'Assuré, l'exclusion de tout ou partie du risque ou le refus de certaines garanties, il devra, s'il les accepte, marquer son accord (bon pour accord daté signé par l'Assuré) sur la lettre de notification puis l'envoyer à la Mutuelle pour validation.

La proposition de la Mutuelle est valable six (6) mois, que l'acceptation soit au tarif standard ou en cas de conditions particulières. Le certificat d'adhésion 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 proposant.**

- REFUSER la demande.

Attention : En cas de souscription d'un Prêt relais «sec» ou si

l'Adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou s'il refuse les conditions proposées par la Mutuelle, les honoraires des actes médicaux demandés lors de la demande d'adhésion resteront, à la seule charge de l'Adhérent (sauf en cas de surprime, de refus partiel ou total).

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS consultable notamment sur le site aeras-info.fr.

Si les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont accordées en excluant certaines pathologies, la Mutuelle proposera chaque fois que cela sera possible, pour les Prêts visés par la convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.) (cf. article 3.6).

La garantie Invalidité Spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée comme telle sur la lettre de notification de l'acceptation par la Mutuelle.

De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par la Mutuelle, visée par la convention AERAS, a pour effet que la cotisation globale représente plus de 1,4 point dans le taux effectif global (T.E.G.) de l'emprunt, l'Adhérent sera informé des conditions à respecter pour que celle-ci soit limitée à 1,4 point ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à 1,4. Ces conditions d'éligibilité à cet écrêtement des surprimes définies par la convention AERAS sont rappelées sur la lettre de notification de l'acceptation par la Mutuelle.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations déclarées et/ou fournies à la Mutuelle entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

6.4. Changement de situation - Modification du contrat

6.4.1. Modification de la situation personnelle de l'Assuré

Sous réserve des dispositions de l'article 5 et de l'article 8, les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours d'adhésion n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

6.4.2. Modification du contrat de financement

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des Prêts couverts par le présent contrat en cours d'adhésion, 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 quatre (4) mois. En cas de déclaration hors délai, la Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion à la date de réception. En cas de remboursement anticipé total : la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhésion 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 amené à rembourser une fraction des cotisations payées. Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à quatre (4) mois. En cas de déclaration hors délai, la Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion à la date de réception. En cas de modification du capital assuré intervenant avant la prise d'effet des garanties, la Mutuelle se réserve le droit d'exiger de nouvelles formalités médicales ou complément d'information. Si l'Assuré ne se soumet pas au(x) demande(s) de la Mutuelle, cette dernière se réserve le droit de refuser la modification du capital. Dès lors que l'adhésion a pris effet, l'Assuré n'a aucune nouvelle formalité d'admission à accomplir si, après modification du contrat de financement assurable, l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :

- la durée du financement n'est pas prorogée de plus de quatre (4) ans,
- l'augmentation du capital assuré n'excède pas quarante-cinq mille (45 000) euros à la date de modification du financement, en particulier en cas de changement de *Quotité assurée*.

Ces conditions s'appliquent également dans le cas où un plan de règlement d'une situation de surendettement serait mis en œuvre.

Si l'une de ces deux (2) conditions n'est pas remplie, l'Assuré doit compléter une nouvelle demande d'adhésion assujettie aux mêmes dispositions que lors d'une demande d'adhésion initiale (cf. article 6.3).

Tant que la Mutuelle n'a pas statué sur cette nouvelle demande d'adhésion ou si l'Assuré refuse ou ne donne pas suite aux nouvelles conditions de couverture proposées par la Mutuelle pour la prise en compte de cette modification, l'Assuré reste garanti aux conditions précédemment en vigueur.

L'Assuré devra impérativement informer MUTLOG par tout moyen à sa convenance, de toute modification des conditions initiales de sa souscription, que cette modification porte sur ses informations personnelles (adresse, Relevé d'Identité Bancaire...), comme sur les caractéristiques de l'opération de crédit (vente du bien, objet du Prêt, modification de la nature de ce Prêt en Prêt personnel...), ou ses modalités de financement (montant, durée...). Ces modifications peuvent générer un avenant au certificat d'adhésion initial, voire une résiliation de contrat (en cas de vente du bien objet du Prêt).

6.4.3. Modification des garanties

Les demandes de modifications des garanties ou diminution de la *Quotité assurée* par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'Organisme Prêteur.

Elles peuvent donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion, à un délai d'attente de trois (3) mois sur l'augmentation des garanties et sont soumises à l'accord de la Mutuelle.

6.5. Cessation des garanties

Vos garanties et les prestations cessent **en tout état de cause, à l'âge limite de couverture fixé pour chaque garantie**, c'est-à-dire :

Garanties obligatoires :

Décès (DC)	Au 31/12 du 90 ^{ème} anniversaire de l'Assuré
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	Au 31/12 du 70 ^{ème} anniversaire de l'Assuré

Garanties complémentaires et options facultatives :

Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) y compris Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)	Au plus tôt, dès la prise d'effet de la retraite de l'Assuré à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'inaptitude au travail ou selon l'option choisie et inscrite au certificat d'adhésion, ou au plus tard :
Incapacité Permanente Totale (I.P.T.), y compris I.P.T. capital ou Invalidité Spécifique AERAS (GIS)	• Au 31/12 suivant le 67 ^{ème} anniversaire de l'Assuré ou
Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.)	• Au 31/12 suivant le 70 ^{ème} anniversaire de l'Assuré si l'option UGIP Plus a été choisie, en cas de poursuite d'une activité professionnelle rémunérée.
Option MNO	
Option UGIP Plus	Dans tous les cas, l'IPT en capital est couverte au plus tard au 31/12 suivant le 67 ^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les garanties et les prestations cessent également :

- au terme normal ou anticipé du Prêt,
- à la date de notification de la déchéance du terme par l'organisme Prêteur,
- à la date à laquelle l'Assuré résilie son engagement de *Caution*,
- en cas de paiement de la prestation par la Mutuelle suite à la mise en jeu de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou de la garantie Décès (DC),
- en cas de paiement de la prestation par la Mutuelle suite à la mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) si l'Assuré choisit l'I.P.T. Capital,
- à la date de résiliation effective de l'adhésion par l'Assuré (cf. article 6.6).
- en cas de non-paiement des cotisations d'assurance,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle (L221-14 du Code de la Mutualité) lors de l'adhésion,
- en cas de transfert du Prêt au nom d'un autre emprunteur.

6.6. Résiliation de l'assurance associée à des Prêts immobiliers relevant de l'article L313-1 du Code de la consommation à l'initiative de l'Assuré

Conformément aux dispositions de l'article L221-10 du Code de la Mutualité, l'Assuré peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L313-25 du Code de la consommation.

Cette résiliation ne peut intervenir qu'après que l'Assuré a demandé au Prêteur la substitution de son adhésion par un autre contrat d'assurance emprunteur, présentant à minima les mêmes garanties et que l'Assuré a accepté et renvoyé l'avenant modificatif à l'offre de Prêt immobilier établie par le Prêteur en application de l'article L313-39 du Code de la consommation, en cas de consentement de celui-ci à sa demande de substitution de contrat.

L'Assuré doit formuler sa demande de substitution et par la suite, de résiliation, auprès du Prêteur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

En cas d'acceptation de substitution d'assurance par le Prêteur, la résiliation de l'adhésion au présent contrat d'assurance prend effet dix (10) jours après la réception de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus de substitution d'assurance par le Prêteur ou le client, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

6.7. Résiliation de l'assurance associée à des Prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L313-1 du Code de la consommation

Pour les Prêts immobiliers ne relevant pas de l'article L313-1 du Code de la consommation, sont possibles la résiliation annuelle pour diminution du risque à l'initiative de l'Assuré sur le fondement de l'article L221-10 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 7 : COTISATION

7.1. Calcul de la cotisation

L'Adhérent s'engage à payer les cotisations d'assurance aux conditions fixées par la Mutuelle.

Les cotisations sont déterminées à l'adhésion et sont garanties sur toute la durée du contrat. Elles pourront évoluer en cas de modification des garanties ou d'évolution législative ou réglementaire en matière sociale ou fiscale.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent choisit entre :

- des cotisations variables : le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du *Capital Restant Dû*,
- des cotisations constantes : le montant reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion.

L'option de tarification choisie à l'adhésion est irrévocable.

La cotisation d'assurance dépend :

- du montant du Prêt à la date d'effet des garanties et du montant du *Capital Restant Dû* à chaque renouvellement de l'adhésion pour les années suivantes,
- de la *Quotité assurée*,
- de l'Âge de l'Assuré à la date d'effet des garanties pour la première année, puis de l'âge atteint de l'Assuré à chaque renouvellement de l'adhésion,
- de la formule choisie lors de l'adhésion,
- des tarifs et majorations en vigueur lors de l'adhésion,
- de la profession,
- et du statut fumeur / non-fumeur de l'Assuré.

L'échéancier des cotisations est fixé et communiqué lors de l'adhésion.

Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée de l'adhésion, sous réserve de conservation des garanties souscrites et sauf évolution fiscale.

Pour permettre le prélèvement des cotisations d'assurance, il est nécessaire de transmettre un mandat SEPA et ses coordonnées bancaires (RIB ou RICE ou RIP).

Après un remboursement anticipé partiel, les cotisations restant dues sont recalculées sur la base du *Capital Restant Dû* après cette opération.

Le coût de l'assurance est mentionné sur l'offre ou le contrat de Prêt, ou sur l'avenant à ce contrat de Prêt en cas d'adhésion suite à substitution. **La première cotisation est due dès la prise d'effet des garanties.**

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), d'Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), ou de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) et, le cas échéant, de la garantie Invalidité Spécifique AERAS, ne suspend pas l'obligation de paiement des cotisations d'assurance de l'Adhérent, même si elles lui sont remboursées ultérieurement s'il a souscrit l'option d'Exonération des cotisations.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, conformément aux

dispositions de l'article L221-10 du Code de la Mutualité, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation. Les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux (2) années de cotisation.

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

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

7.2. Paiement des cotisations

L'Adhérent doit s'acquitter des cotisations aux dates convenues et selon les modalités fixées ci-dessus. La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte bancaire support du Prêt. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours qui suivent son Échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Ce courrier rappelle que, conformément à l'article L221-8 du Code de la Mutualité, si la ou les cotisations ou fractions de cotisations dues ne sont toujours pas payées trente (30) jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues.

À défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité dix (10) jours après expiration de ce délai de trente (30) jours. La Mutuelle informe le Prêteur du non-paiement par l'Emprunteur de sa prime d'assurance.

ARTICLE 8 : MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

8.1. Déclaration de Sinistre

8.1.1 Délai de déclaration

La déclaration de Sinistre au titre de la garanties Décès (DC) doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les douze (12) mois à compter de la date de l'évènement. La déclaration de Sinistre au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou Invalidité Spécifique AERAS doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les six (6) mois à compter de la date de l'évènement. **Passé ce délai, si la déclaration tardive venait à causer un préjudice à la Mutuelle, l'Adhérent (ou ses ayants droits) serait alors déchu de ses droits.**

La déclaration de Sinistre au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) doit intervenir dans les cent quatre-vingt (180) jours qui suivent le premier jour d'arrêt.

Passés ces délais et dans les conditions prévues à l'article L113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

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'Adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de lui demander à tout moment ou aux Bénéficiaires désignés, toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Quelle que soit la garantie à mettre en jeu, le Sinistre doit être déclaré directement à UGIP ASSURANCES :

Par mail :
sinistres@ugip.org

Par courrier à l'adresse suivante :
SERVICE MEDICAL

À l'attention du Médecin Conseil UGIP ASSURANCES
143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C -
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3

8.1.2. Documents à fournir

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion, le médecin conseil de la Mutuelle pourra demander à l'Assuré, ou à ses ayants droit, des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel et le secret médical. L'Assuré, agissant pour son compte, ou ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que la Mutuelle s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel et du secret médical. Les documents médicaux peuvent être adressés au médecin conseil de la Mutuelle à l'adresse ci-dessus.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré, ou ses ayants droit, devra **obligatoirement** communiquer à la Mutuelle tous les documents (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

Pour la garantie décès :

- la copie intégrale de l'acte de décès,
- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par le médecin traitant ou à défaut le médecin ayant constaté le décès accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- une attestation fournie par la Mutuelle dûment remplie et signée par les ayants-droits de l'Assuré,
- si le décès résulte d'un Accident ou d'une mort non naturelle, la copie du rapport de police ou de gendarmerie ou de tout autre justificatif en possession expliquant les circonstances du décès,
- une attestation de l'Organisme Prêteur indiquant le montant restant dû au jour du décès et le tableau d'amortissement au jour du décès,
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amené à demander pour la justification du décès.

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par le médecin traitant,
- l'attestation fournie par la Mutuelle dûment remplie et signée par l'Assuré ou son représentant légal,
- **si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé**, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3^{ème} catégorie avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité sociale ou la copie de la notification d'attribution de la rente accident du travail à 100 % avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité sociale,
- **si l'Assuré est travailleur non salarié**, la copie de la notification d'attribution d'un titre de pension d'invalidité totale et définitive à toute activité avec majoration pour tierce personne établie par la caisse d'affiliation dont il dépend,
- une attestation de l'Organisme Prêteur indiquant le montant restant dû au jour du Sinistre et le tableau d'amortissement,
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amené à demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour la Garantie Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S.) :

- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par le médecin traitant,
- **si l'Assuré est salarié**, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale,
- **si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé**, la copie de la notification d'attribution d'une mise à la retraite pour invalidité, d'une mise en congé longue durée (C.L.D.) ou de la perception d'une pension d'invalidité (civile ou retraite anticipée),
- **si l'Assuré est travailleur non salarié**, la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive,
- le tableau d'amortissement au jour de l'invalidité spécifique AERAS,
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amené à demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T) y compris Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :

- le certificat médical fourni par la Mutuelle dûment rempli et signé par

le médecin traitant,

- l'attestation fournie par la Mutuelle dûment remplie et signée par l'Assuré,
- la copie des certificats médicaux initiaux et de prolongation d'arrêt de travail ou d'incapacité aux activités non professionnelles de l'Assuré sans discontinuité dans les dates d'arrêt de travail,
- la copie des bordereaux d'indemnités journalières réglées par la Sécurité sociale ou par la caisse dont l'Assuré dépend y compris ceux émanant des organismes complémentaires (si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé),
- **si l'Assuré est fonctionnaire**, la copie des notifications du placement en congé de *Maladie* ordinaire (C.M.O.), en congé de longue *Maladie* (C.L.M.) et le cas échéant en congé de longue durée (C.L.D.),
- **si l'Assuré est Conjoint collaborateur** non rémunéré, un extrait K- BIS actualisé justifiant de cette qualité au jour du Sinistre,
- en cas de rechute, un certificat médical établi par le médecin traitant précisant qu'il s'agit de la même *Maladie* et/ou d'une nouvelle *Maladie* résultant du Sinistre initial ainsi que la copie de l'arrêt de travail mentionnant la rechute,
- la copie de la notification d'attribution d'une pension ou rente d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité sociale, la commission de réforme ou tout organisme assimilé dont l'Assuré dépend,
- la copie des justificatifs de paiement de pension ou rente,
- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail,
- le tableau d'amortissement,
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amené à demander pour la justification de l'état d'incapacité.

Si le Sinistre survient pendant la période V.E.F.A. (Vente en État Futur d'Achèvement) ou avant la remise des clés : Copie des débloquages de fonds successifs.

Si le Sinistre survient après la consolidation du Tableau d'Amortissement:

- la copie intégrale de l'offre de Prêt (voire de celle du plan de financement),
- dans le cas d'un prêt locatif :
 - la copie intégrale du contrat de bail,
 - la copie intégrale du dernier avis d'imposition,
 - si le bien est déclaré à nu au jour du Sinistre, en sus, une attestation sur l'honneur mentionnant notamment la date depuis laquelle il n'est pas loué,
- toutes autres pièces que la Mutuelle sera amené à demander pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

ARTICLE 9 : BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Prêteur est Bénéficiaire acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Le surplus éventuel est versé :

- Soit selon la clause standard : au conjoint de l'Assuré, non décédé, non divorcé, non séparé de corps ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés en cas de décès, par parts égales entre eux, à défaut aux parents par parts égales entre eux, à défaut aux héritiers ou ayants droit par parts égales entre eux.
- Soit selon la clause particulière, offrant la possibilité de désigner une personne physique à l'Adhérent qui désigne le Prêteur comme Bénéficiaire pour une quotité inférieure à 100% des montants garantis au titre de la présente adhésion. Elle permet à l'Adhérent de désigner un ou plusieurs Bénéficiaire(s) personne(s) physique(s) de son choix, autre que le Prêteur, pour une quotité qu'il aura déterminée. La Quotité assurée au bénéfice du Prêteur additionnée à celle assurée ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté. Le(s) Bénéficiaire(s) sont nommés dans la demande d'adhésion où doit figurer, le nom, prénom, date de naissance et lieu de naissance et adresse de la/des personne(s) désigné(s).

Le(s) Bénéficiaire(s) sont modifiables pendant toute la durée de l'adhésion. La désignation peut être faite sous seing privé (lettre) ou par acte authentique (testament chez un notaire) ou par avenant. Cette modification doit être adressée par voie postale dûment datée, signée, informant de cette nouvelle désignation Bénéficiaire (aucune modification ne pourra intervenir sans

l'accord du Bénéficiaire acceptant), à l'adresse suivante :



Par courrier à l'adresse suivante :

UGIP ASSURANCES
143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3

En l'absence de clause bénéficiaire conforme ou en cas de caducité de la clause particulière au jour du décès de l'Assuré, les sommes dues seront versées conformément à la clause contractuelle standard reprise ci-dessus.

Par ailleurs, en cas de pluralité de Bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part lui ou leur revenant sera répartie entre le(s) Bénéficiaire(s) survivant(s) de même rang au prorata de leurs parts respectives.

Enfin, en cas de prédécès de tous les Bénéficiaires désignés, la clause contractuelle standard s'applique en lieu et place de la clause particulière.

Le bénéfice de la quote part assurée revenant au Bénéficiaire en cas de décès de l'Assuré ne peut être versée s'il est condamné pour avoir causé volontairement le décès de l'Assuré (article L223-23 du Code de la Mutualité).

ARTICLE 10 : PRESTATIONS, CONTRÔLE ET EXPERTISE

L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait qu'il n'existe pas de lien entre l'incapacité et l'invalidité telles que définies dans la présente notice d'information et celles retenues par la Sécurité sociale ou tout autre caisse d'affiliation. La reconnaissance d'un état d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme d'affiliation ne s'impose pas à la Mutuelle qui est tenu par la seule définition figurant dans la présente notice d'information. Les décisions de la Sécurité sociale ou autres caisses d'affiliation sont inopposables à la Mutuelle.

10.1. Prestations

Les prestations dues aux titres des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) sont servies selon les modalités évoquées aux articles 2, 3, 4, 5 et 6 ou 8.

Les prestations liées aux garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ne sont servies que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France (*France continentale*, Corse et DROM-COM), les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de la Mutuelle et celles de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire dont dépend l'Assuré.

10.2. Contrôle médical, Expertise médicale et Tierce Expertise

Le médecin conseil de la Mutuelle peut à tout moment procéder à un contrôle médical en demandant toutes pièces qu'il estimera nécessaire que cela soit au moment de la mise en jeu d'une des garanties ou en cours de prise en charge.

De même, le médecin conseil de la Mutuelle, en cas de Sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Invalidité Spécifique AERAS (G.I.S.), Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), peut, à tout moment, contrôler l'état de santé de l'Assuré en diligentant auprès du médecin expert de son choix, agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France une expertise médicale, à ses frais.

L'Assuré peut se présenter seul à cette expertise ou s'il le souhaite, être accompagné du médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France, à ses frais. Quel que soit son choix, l'Assuré doit apporter son entier dossier médical.

Les conclusions de l'expertise diligentée par la Mutuelle peuvent amener à la cessation du versement des prestations et le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées. Si l'Assuré s'oppose à un contrôle médical ou expertise médicale, la garantie sollicitée ne pourra pas produire ses effets ou le paiement des prestations cessera immédiatement.

A la suite de l'expertise médicale, l'Assuré peut contester la décision du médecin expert par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à la Mutuelle dans un délai de trente (30) jours après en avoir eu connaissance.

La Mutuelle proposera alors à l'Assuré de se soumettre à une nouvelle expertise confiée à un tiers expert. Le choix de ce tiers expert intervient d'un

commun accord entre lui et la Mutuelle. Ce choix pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel de son domicile.

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre l'Adhérent et la Mutuelle. L'Assuré peut se faire assister lors de l'expertise par toute personne de son choix, y compris un médecin.

La Mutuelle peut aussi se faire assister par un médecin lors de cette expertise. Chacun conserve à sa charge les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais. Le paiement des prestations est suspendu tant que cette procédure est en cours. Les conclusions de l'expertise contradictoire s'imposeront à la Mutuelle et à l'Assuré.

ARTICLE 11 : PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L221-11 à L221-12 du Code de la Mutualité, reproduits ci-après :

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente Notice d'Information valant Règlement Mutualiste, sont, conformément aux articles L221-11 et L221-12 du Code de la Mutualité et à compter de l'évènement qui y donne naissance, prescrites par dix (10) ans en cas de décès et par deux (2) ans pour les autres garanties.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où la MUTLOG 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 de l'Adhérent ou de l'ayant droit contre MUTLOG 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 l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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 ou recommandé électronique avec accusé de réception adressée par MUTLOG à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent ou l'ayant droit à MUTLOG, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 12 : CONTINUITÉ DU CONTRAT UGIP START 2501

En cas de résiliation du contrat, contracté entre la Mutuelle et l'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP) pour le compte de ses Adhérents, toutes les garanties accordées au titre du contrat résilié sont maintenues aux Adhérents de ce contrat dans les conditions de cette notice d'information. Les cotisations continuent d'être dues.

Conformément à l'article L223-26 du Code de la Mutualité, en cas de dissolution ou de liquidation de l'UNION GÉNÉRALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP), le contrat se poursuit de plein droit entre la Mutuelle et les personnes antérieurement adhérentes au contrat d'assurance de groupe.

ARTICLE 13 : CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle et le Gestionnaire sont soumis au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 14 : GESTION DU CONTRAT UGIP START N°2501

La Mutuelle a délégué la gestion de son contrat UGIP Start N°2501 à UGIP ASSURANCES pour recevoir, en ses lieux et places, avis et communications pour accepter les risques, opérer tout règlement, et plus généralement, assurer toute opération nécessaire à leur gestion.

Pour toutes questions relatives à ce contrat, l'interlocuteur privilégié est UGIP ASSURANCES.

ARTICLE 15 : RÉCLAMATIONS - MÉDIATIONS

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, service en ligne, téléphone) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

L'Assuré peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat.

Si le litige éventuel demeure, l'Assuré peut adresser une réclamation écrite.

Selon l'objet de cette réclamation, le service en charge de son traitement différera :

- Pour toute réclamation relative aux circonstances de la commercialisation du contrat (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil, ...) ou à la gestion de son contrat, l'Assuré peut contacter **UGIP Assurances** :

Par mail :
reclamation@ugip.com

Par courrier à l'adresse suivante :
SERVICE GESTION DES RÉCLAMATIONS - Offre UGIP Start
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3

- Si la réclamation est d'ordre médical, l'Assuré peut écrire au Service Médical/Médecin Conseil :

Par courrier à l'adresse suivante :
La Cellule Médicale/Médecin conseil de UGIP Assurances
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C

UGIP Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi (en l'absence de réponse à la réclamation dans ce délai) et à apporter une réponse le plus rapidement possible et au maximum dans les soixante (60) jours calendaires suivant sa date d'envoi (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors informé).

Si la réponse à sa réclamation ne satisfait pas l'Assuré (ou en cas d'absence de réponse dans les deux (2) mois suivant la date d'envoi de sa réclamation), ce dernier dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent (gestion du contrat ou modalités de commercialisation du contrat) :

Par courrier à l'adresse suivante :
M. Le Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard - 75015 Paris

En ligne :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Le recours au Médiateur (offert à tout Adhérent personne physique) est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la date de la réclamation écrite.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux, mais ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure ; le délai de prescription de l'action en justice est suspendu à compter de la saisine du Médiateur compétent, et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Le Médiateur peut formuler une proposition de solution dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à réception du dossier complet. UGIP Assurances et l'Adhérent restent libres de la suivre ou non.

L'Assuré peut aussi contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09., en charge de protéger les Assurés.

ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Toutes les informations collectées sur la demande d'adhésion ou en cours d'adhésion (y compris le questionnaire de santé) sont enregistrées par la Mutuelle. UGIP Assurances est responsable du traitement de l'entrée en relation, de l'adhésion, de la connaissance client, de la vie du contrat et du dénouement du contrat. UGIP Assurances et la Mutuelle sont co-responsables du traitement des Réclamations, de la lutte contre la Fraude et de la Lutte Anti-Blanchiment et Financement du Terrorisme. Pour UGIP Assurances, les données personnelles recueillies font l'objet de traitements visant à la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de contrats d'assurance, à l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, à la lutte contre les fraudes, à la mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et à la réalisation d'études statistiques. Elles sont conservées dix (10) ans à compter de la fin du contrat en cas de souscription d'un contrat. Les

destinataires des données sont les *mutuelles*, les intermédiaires d'assurance et éventuellement nos ou leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion du contrat, et le cas échéant, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Les données peuvent également être transmises s'il y a lieu, à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des Sinistres et des prestations. Des informations concernant l'Adhérent peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, Assuré, Adhérent et Bénéficiaire du contrat). Conformément à la loi « informatique et libertés » de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, l'Adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui le concernent, ainsi qu'un droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité, qu'il peut exercer en s'adressant par courriel à dpo@ugip.org ou par courrier à 30-32 Boulevard de Vaugirard, 75015 PARIS.

Pour la Mutuelle, toutes les informations personnelles collectées concernant l'Adhérent sont enregistrées par la Mutuelle, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime [(iv)(vi)] et le respect des obligations légales [(ii), (iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de la Mutuelle, (ii) aux organismes professionnels habilités, (iii) aux partenaires commerciaux de la Mutuelle, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (iv) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par la Mutuelle, sur la base des données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par la Mutuelle de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances.

Les données personnelles de santé de l'Assuré sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de ses données, du droit de définir le sort post-mortem de ses données personnelles et, s'il est donné, de retirer son consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.


Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, sous réserve de production d'une pièce justificative d'identité, il convient de contacter le délégué à la protection des données de la Mutuelle pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires.


Par mail :
dpo@mutlog.fr


Par courrier à l'adresse suivante :
Le DPO de MUTLOG
75 Quai de la Seine
75940 Paris Cedex 19

En cas de réclamation, l'Adhérent dispose également du droit de contacter la CNIL :


En ligne :
<https://www.cnil.fr/fr/agir>


Par courrier à l'adresse suivante :
CNIL - Service des Plaintes
3 place de Fontenoy - TSA 80715
75334 Paris

L'Adhérent peut également s'inscrire au service d'opposition au démarchage téléphonique sur le portail officiel Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) ou par

courrier à l'adresse suivante : **Worldine - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Bloix Cedex.**

L'Adhérent peut aussi contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459- 75436 Paris Cedex 09, en charge de protéger les Adhérents.

ARTICLE 17 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au contrat est la loi française.

Le contrat est régi par le Code de la Mutualité qui prévoit notamment :

Article L. 221-14 : « *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le Sinistre.* »

« *Les primes payées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.* »

Article L. 221-15 : « *L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout Sinistre, la Mutuelle a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un Sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.* »

Article L. 223-5 : « *L'erreur sur l'Âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de la mutuelle. Dans tous les cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'Âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, la mutuelle est tenue de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt.* »

ARTICLE 18 : MODIFICATIONS RÉGLEMENTAIRES

Toute modification intervenant sur la législation et la réglementation relatives à l'assurance des Emprunteurs ou ayant des répercussions sur le contrat est de plein droit applicable à la date de son entrée en vigueur.

ARTICLE 19 : RENONCIATION

En cas de démarchage, conformément à l'article L121-18-1 du Code de la Mutualité « *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.* »

L'Adhérent dispose également d'un droit de renonciation en cas de commercialisation à distance du contrat d'assurance conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances dans un délai de trente (30) jours à compter soit de l'émission du certificat d'adhésion, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties).

Attention : Si, dans l'intervalle, le Bénéficiaire acceptant a retourné le certificat d'adhésion dûment signé, son accord écrit sera demandé.

La renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée à UGIP ASSURANCES, gestionnaire mandaté par l'association et la Mutuelle (UGIP ASSURANCES, 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3), selon le modèle indiqué ci-après :

« *Je soussigné(e) (nom et prénom), demeurant....., déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance UGIP START N°2501, conclue sous la référence n°. Je demande le remboursement des sommes déjà versées. Fait à....., le [signature] »*

ARTICLE 20 : CONVENTION DE PREUVE

L'Adhérent accepte la dématérialisation des relations, dès la signature du

Contrat d'assurance au moyen d'une signature électronique dématérialisée et sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance. Cette acceptation est valable pour toutes les opérations d'assurances ultérieures et en relation avec des Contrats d'assurance. La Mutuelle et l'*Adhérent* s'il est différent, conviennent expressément que tout document signé de manière dématérialisée selon la procédure de signature dématérialisée mise en place constitue (i) l'original dudit document, (ii) une preuve littérale au sens de l'article 1316-1 du Code civil ayant la même valeur probante qu'un écrit manuscrit sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties et susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges.

En conséquence, l'*Adhérent* reconnaît que tout document signé de manière dématérialisée vaut preuve du contenu dudit document, de l'identité du signataire et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent du document signé de manière dématérialisée.

L'identification de l'*Adhérent* est assurée sur la base des informations collectées et/ou vérifiées et les pièces justificatives remises le jour de l'opération. L'*Adhérent* reconnaît que les informations et pièces justificatives le concernant sont conformes à la réalité et non contestables.

L'*Adhérent* reconnaît que l'utilisation d'un certificat électronique délivré par un tiers certificateur permet d'exprimer son consentement à la conclusion du document signé de manière dématérialisée et/ou de confirmer la validité de ce document.

Par ailleurs, l'ensemble des documents transmis par l'*Adhérent* et l'*Assuré*, s'il est différent, sont numérisés dès réception par UGIP Assurances. Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.

ARTICLE 21 : FONDS D'ENTRAIDE

Un fonds d'entraide est constitué, pour intervenir ponctuellement, lors de la survenance d'un événement familial ou professionnel fortuit (dû au hasard), qui met en péril l'équilibre du budget familial. Cette intervention constitue un moyen mis à la disposition des *Adhérents* de MUTLOG, afin d'aider des familles momentanément en difficulté. Une commission étudie des dossiers qui lui sont présentés. Ainsi, s'agissant d'un *Assuré* classé en P.T.I.A. (c'est-à-dire incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante), il pourra lui être versé sur décision du Comité de Gestion de ce fonds, une allocation non remboursable de cinq cent (500) euros aux fins de faciliter son organisation de vie. La demande doit être effectuée auprès du service « Prestations » de MUTLOG, 75 Quai de la Seine, 75940 Paris Cedex 19.