



**NOTICE D'INFORMATION DES ASSURANCES
DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE
D'AUTONOMIE/INCAPACITE TEMPORAIRE
TOTALE/INVALIDITE PERMANENTE TOTALE
Contrat n°441060
(Conditions au 01/2012)**

PREAMBULE

Conformément à ses statuts, seuls les adhérents de la Mutuelle - personnes physiques ou morales - membres participants, peuvent bénéficier du présent contrat.

A ce titre, ils paient un droit d'entrée fixé statutairement et participent à la vie de la Mutuelle, notamment en participant à l'élection des délégués de section à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Ils perdent la qualité d'adhérent en cas de :

- Démission ou de renonciation au prêt,
- Radiation, expiration et déchéance du terme des prêts,
- Exclusion de la Mutuelle.

Il est précisé que l'adhérent peut être différent de la personne assurée.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir les personnes assurées contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Totale, dans le cadre de la souscription d'un prêt immobilier, professionnel ou personnel.

Le contrat est régi par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 2 – PERSONNES ASSUREES

Peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation de leur demande, les emprunteurs ou co-emprunteurs, personnes physiques, les représentants de personnes morales emprunteuses, ainsi que les cautions desdits emprunteurs.

ARTICLE 3 – PRETS ASSURABLES

Sauf dérogation expresse de la M.N.C.A.P., le contrat couvre les prêts suivants :

- Prêts amortissables, à taux fixe ou variable, d'une durée maximum de 30 ans,

- Prêts modulables, d'une durée maximum de 30 ans,
- Prêts avec différé de moins de 3 ans, avec ou non remboursement des intérêts pendant le différé, d'une durée maximum de 30 ans,
- Prêts in fine, d'une durée maximum de 15 ans, au titre des seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Prêts relais, d'une durée maximum de 3 ans, au titre des seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Sauf dérogation expresse de la M.N.C.A.P., le bien immobilier, objet du financement assuré, est situé en France et le contrat de prêt est libellé en euros, rédigé en français et souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France.

ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADHESION ET D'ADMISSION

A) Conditions d'adhésion

Les adhésions sont reçues à l'aide d'un bulletin mis à la disposition des candidats à l'assurance par la M.N.C.A.P. ou tout autre support défini au préalable d'un commun accord avec le distributeur ou le prescripteur et agréé par elle.

Tout candidat à l'assurance doit être au moins âgé de 18 ans à la date de signature de la demande d'adhésion et :

- pour la garantie Décès : de moins de 65 ans pour les prêts In Fine et de moins de 85 ans pour les autres prêts,
- pour les garanties PTIA, Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Totale : de moins de 65 ans.

L'âge est calculé par différence de millésimes.

Les personnes résidant en France continentale peuvent souscrire les garanties Décès, Perte totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale.

Les personnes non résidentes en France continentale peuvent souscrire les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Totale **sous réserve d'acceptation préalable par la M.N.C.A.P.** après étude d'un questionnaire spécifique « Risques de séjour » et « Risques Professionnels » et de toutes autres pièces complémentaires jugées nécessaires par elle.

B) Conditions d'admission

Formalités d'admission

A la souscription, le candidat à l'assurance doit compléter une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales. A cet effet, le candidat doit remplir un questionnaire médical et, sur demande de la M.N.C.A.P., se soumettre à des examens médicaux et fournir les informations médicales et financières ou tout autre élément nécessaire à l'appréciation du risque.

Le questionnaire de santé est valable 6 mois.

La M.N.C.A.P. peut accepter l'admission, la différer, l'accepter à des conditions spéciales ou la refuser.

M.N.C.A.P. s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS.

Engagement de M.N.C.A.P.

Le montant minimum de l'engagement de M.N.C.A.P. pour un même assuré au titre des prêts figurant sur la demande d'adhésion ne peut être inférieur à 10.000 Euros.

Le montant maximum de l'engagement de M.N.C.A.P. pour un même assuré au titre des prêts figurant sur la demande d'adhésion ne peut excéder 5.000.000 Euros, limité à 300.000 Euros si le remboursement du prêt intervient au-delà du 70^{ème} anniversaire de l'assuré.

Cumul des garanties

Si plusieurs personnes, emprunteur, co-emprunteur ou caution, sont assurées pour un même prêt, la M.N.C.A.P. limite ses garanties au montant qui serait dû pour une seule personne assurée à 100%.

C) Sanction en cas de fausse déclaration

Il est rappelé qu'en vertu de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité "Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque."

ARTICLE 5 – BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant.

Toutefois, dans l'hypothèse où, au moment du sinistre décès, le montant du capital décès dû par la M.N.C.A.P. est supérieur au capital restant dû assuré, devant être versé au prêteur, la différence sera alors versée entre les mains de la personne qui aura été désignée par l'assuré, par écrit ou à défaut par ordre de priorité : au co-emprunteur, au conjoint non séparé de corps ou lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers.

ARTICLE 6 - ETENDUE DES GARANTIES

A) L'Assurance Décès

L'assurance Décès garantit le remboursement, au prorata de la quotité assurée mentionnée dans l'attestation d'assurance :

- du capital restant dû assuré au jour du décès ; si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée postérieure au décès,
- des intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès.

Le capital restant dû ne pourra jamais excéder le capital assuré lors de l'adhésion à l'exception des intérêts capitalisés et non réglés liés au prêt.

En cas de décès d'un co-assuré, le capital réglé correspond au prorata indiqué au moment de l'adhésion ou de la dernière modification de prêt acceptée.

En aucun cas, et quel que soit le nombre d'assurés, la prise en charge par la M.N.C.A.P. ne pourra excéder 100% du capital restant dû au jour du décès, au prorata de la quotité assurée mentionnée dans l'attestation d'assurance.

B) L'Assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

L'assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou "PTIA", garantit le remboursement par anticipation du capital défini à la garantie Décès, à la date de reconnaissance par le médecin conseil de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), tout assuré qui est reconnu et qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, y compris de direction ou de surveillance, par suite de maladie ou d'accident corporel garanti par la M.N.C.A.P. et survenu postérieurement à son adhésion. En outre, il justifie d'un taux d'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale égal ou supérieur à 66%, et se trouve dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance continue d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

Ce taux d'incapacité est apprécié en se référant au barème indicatif des taux d'incapacité(s) en droit commun (édition du Barème de Droit commun publié par l'édition du « Concours Médical » la plus récente au jour de l'expertise médicale).

La M.N.C.A.P. statue sur le droit à prestation, en dehors de toute prise en compte d'un titre d'Invalidité 3^{ème} Catégorie Sécurité Sociale ou d'un taux d'Invalidité COTOREP/CDAPH, ou de tout autre organisme social assimilé.

C) Les assurances Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale

1) Conditions de mise en jeu des garanties

Mise en jeu de la garantie

Le bénéfice des prestations est uniquement accordé aux assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée, ou aux personnes indemnisées par Pôle Emploi à la veille du sinistre.

La décision de mise en jeu de la garantie est prise sur la base des conclusions du rapport d'expertise médical et du résultat des enquêtes éventuellement diligentées.

L'arrêt de travail doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré et ce dernier doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Franchise

L'assurance intervient après une interruption totale et continue de travail supérieure au délai de franchise choisi par l'emprunteur au moment de l'adhésion ; ce délai de franchise peut être de 60 jours, 90 jours ou 180 jours. Il débute au premier jour de chaque arrêt de travail.

Reprise du travail et rechute

En cas de rechute dans les 3 mois suivant un arrêt de travail, due à la pathologie ayant motivé l'arrêt de travail précédent, un nouveau délai de franchise ne sera pas appliqué pour le décompte des prestations, qui seront versées dès le 1^{er} jour de la rechute.

Montant des prestations

- Base de calcul

Les prestations sont calculées, au prorata de la quotité assurée mentionnée sur l'attestation d'assurance, en fonction des échéances dues pendant l'arrêt de travail et sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, prenant en compte les cotisations d'assurance, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Sauf pour les prêts professionnels, si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, les prestations sont limitées à la seule perte de rémunération.

La perte de rémunération est égale à la différence entre la rémunération de référence et la rémunération perçue pendant la durée d'arrêt de travail.

La rémunération de référence est constituée par la moyenne des rémunérations et indemnités imposables versées par l'employeur au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail.

La rémunération perçue correspond aux rémunérations et indemnités versées par l'employeur, aux prestations versées par les organismes de Sécurité Sociale ou assimilés, ainsi que celles versées par les autres organismes de prévoyance complémentaire au cours de la période indemnisée.

Sous réserve d'acceptation préalable par la M.N.C.A.P. et paiement d'une surprime, le candidat à l'assurance peut choisir à l'adhésion la prise en charge du paiement des échéances du prêt sans limitation à la perte de revenu. Ce choix est définitif pour toute la durée du contrat.

- Indexation

Le revenu de référence est indexé au 1^{er} juillet de chaque année dès lors que dix-huit mois au moins se sont écoulés depuis l'arrêt de travail.

L'indice retenu est celui de l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, publié par le Ministère du Travail, ou tout autre indice venu s'y substituer. L'indexation est calculée en rapportant l'indice publié applicable au 1^{er} janvier qui précède l'indexation, à celui publié applicable au 1^{er} janvier de l'année antérieure.

- Cumul et limites des prestations

En aucun cas, et quel que soit le nombre d'assurés, la prise en charge par la M.N.C.A.P. ne pourra excéder 100% des échéances de remboursement dues à l'organisme prêteur et figurant sur le dernier tableau d'amortissement connu et accepté communiqué par l'assuré, au prorata de la quotité assurée mentionnée dans l'attestation d'assurance.

Pour les prêts in fine, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

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

- pendant la grossesse, avant le début du congé légal de maternité, la franchise s'applique,
- après l'accouchement, normal ou prématuré, la franchise s'applique à compter de la fin du congé légal de maternité, sauf si la franchise a déjà été appliquée pour la même pathologie, l'arrêt ayant débuté avant le congé légal de maternité.

2) L'Incapacité Temporaire Totale de Travail

Est en Incapacité Temporaire Totale de Travail l'assuré exerçant une activité professionnelle ou en recherche d'emploi indemnisée par Pôle Emploi à la veille du sinistre qui se trouve dans l'impossibilité totale, médicalement justifiée, d'exercer son activité professionnelle pouvant rapporter gain ou profit.

3) L'Invalidité Permanente Totale

Est en Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui, par suite de maladie ou d'accident corporel garanti par la M.N.C.A.P. et survenu postérieurement à son adhésion, après constatation médicale de la consolidation de son état de santé, se trouve d'une part dans l'impossibilité physique totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer une profession quelconque, pouvant lui procurer gain ou profit, y compris de direction ou de surveillance, et qui présente d'autre part un taux d'invalidité au plan fonctionnel d'au moins 66%.

Le taux d'invalidité est déterminé après consolidation de l'état de santé, c'est-à-dire quand l'état physiologique de l'Assuré est considéré comme stabilisé, par estimation d'ordre médical en fonction de l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale et de l'incapacité professionnelle tenant compte de la profession exercée et des possibilités d'exercice d'une profession différente selon le barème ci-après exprimé en pourcentage.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi par estimation d'ordre médical en référence au Barème de Droit Commun publié par l'Edition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise, en dehors de toute considération professionnelle ; il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée (en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident) et des conditions normales d'exercice de cette profession (et des possibilités d'exercice d'une profession différente).

Taux d'invalidité Professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle				
	60%	70%	80%	90%	100%
30%					66.94%
40%				68.68%	73.68%
50%			68.40%	73.99%	79.37%
60%		66.49%	72.69%	78.62%	84.34%
70%		70.00%	76.52%	82.79%	88.79%
80%	66.04%	73.19%	80.00%	86.54%	92.83%
90%	68.68%	76.12%	83.20%	90.00%	96.55%
100%	71.14%	78.84%	86.18%	93.22%	100.00%

Si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, la MNCAP garantit le paiement, en fonction de la quotité mentionnée dans l'attestation d'assurance, d'une indemnité journalière égale à 100% de la base de calcul telle que définie à l'article 6 C) 1),

Un taux d'invalidité inférieur à 66% n'ouvre droit à aucune prestation.

Le point de départ de l'indemnisation ne peut toutefois se situer avant la fin du délai de franchise suivant la première constatation médicale de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'état d'incapacité.

La MNCAP statue sur le droit à prestation. Les pièces émanant de la Sécurité Sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la M.N.C.A.P.. Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas, à elles seules, de justifier d'un arrêt de travail.

4) Fin des prestations :

L'indemnisation s'applique pendant la durée de l'arrêt de travail et au prorata de la durée de l'arrêt de travail. Elle cesse :

- en cas de reprise totale ou partielle d'activité professionnelle ou de toute activité de surveillance ou de direction,
- s'il est établi que l'assuré ne répond plus aux conditions visées pour le maintien de la garantie,
- à la date de reconnaissance de la PTIA ou du décès de l'assuré,
- à la fin du prêt,
- à la date où l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard à 65 ans

ARTICLE 7 – FIN DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- pour la garantie Décès : au 86^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale : à la date où l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- à la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'assuré est caution,
- en cas de versement du capital en cas de Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

En cas de fraude, de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence de la part de l'assuré ou de ses ayants droits de nature à affecter l'importance du risque ou à entraîner le paiement de prestations indues, les garanties et les prestations sont immédiatement annulées, conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 8 - RISQUES EXCLUS

A) GARANTIE DECES

NE SONT PAS COUVERTS :

- **le suicide pendant la 1^{ère} année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. Toutefois pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal, le suicide est garanti pendant la 1^{ère} année d'assurance mais son indemnisation n'excédera pas la limite du montant fixé par décret.**
- **les conséquences de vols sur appareil non pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltiges libres, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype, pratique du deltaplane, ULM.**
- **les conséquences d'accidents causés par des cataclysmes et les dommages résultant de faits de guerre étrangère, de guerre civile ou d'émeute,**
- **les suites et conséquences d'un dépassement du taux réglementaire d'alcoolémie en vigueur en France au moment du sinistre.**
- **les suites et conséquences de l'usage de stupéfiant, à des fins autres que médicales et non ordonné médicalement.**
- **l'homicide volontaire d'un titulaire de l'assurance par un co-assuré**

B) Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

SONT EXCLUES LES SUITES ET CONSEQUENCES :

- **d'accidents ou de maladies antérieures à l'admission,**
- **des antécédents de santé déclarés dans le questionnaire de santé et ayant fait l'objet d'une exclusion notifiée par la M.N.C.A.P.,**

- d'accidents ou de maladies résultant d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- d'accidents ou de maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré,
- d'accidents aériens non couverts par la garantie Décès,
- d'accidents résultant de la consommation de boisson alcoolisée constatée par un taux d'alcoolémie supérieure au taux réglementaire en vigueur en France au moment du sinistre,
- d'accidents liés à la consommation de stupéfiant par l'assuré à des fins autres que médicales et non ordonnés médicalement.

C) GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

NE SONT PAS GARANTIES :

- les exclusions prévues au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- les événements causés ou aggravés par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants ,
- les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'assuré,
- les atteintes corporelles ou non, résultant d'une tentative de suicide,
- les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité de la Sécurité sociale, que vous y soyez ou non assujettie,
- les atteintes corporelles qui résultent d'une action volontaire d'un titulaire de l'assurance sur lui-même ou sur un co-assuré,
- les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes para vertébrales, leurs suites et conséquences. Toutefois, les infections, les tumeurs et les affections qui ont nécessité une intervention chirurgicale pendant l'incapacité ou l'invalidité sont prises en charge,
- la fibromyalgie ou les syndromes de fatigue chronique, les affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques, et les troubles graves de la personnalité, sauf si l'affection causale justifie une hospitalisation d'au moins 15 jours consécutifs pendant l'incapacité ou l'invalidité,

Sous réserve d'acceptation préalable par la M.N.C.A.P. et paiement d'une surprime, le candidat à l'assurance peut choisir à l'adhésion la prise en charge des deux dernières exclusions. Ce choix est définitif pour toute la durée du contrat.

D) Exclusions pouvant faire l'objet d'un rachat

SONT EXCLUES DE TOUTES LES GARANTIES, LES SUITES ET CONSEQUENCES RESULTANT DE LA PRATIQUE DES SPORTS SUIVANTS :

- alpinisme,
- arts martiaux,
- bobsleigh,
- canyoning,
- chasse à courre,
- cyclisme de compétition,
- équitation,
- escalade,
- motonautisme,
- plongée sous-marine,
- 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 de ski alpin ou de fond, monoski, surf, patinage),
- sports de combat,
- sports motocyclistes,
- tauromachie,
- sports professionnels ou sous contrats avec rémunération, sports à titre amateur rémunéré,
- voile et yachting hors compétition (longue traversée, tour du monde),

- voile et yachting en compétition,
- autres sports mécaniques ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant.

Toutefois, à la demande expresse du candidat à l'assurance, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées moyennant tarification spéciale.

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

ARTICLE 9 - EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance s'applique à chacun des prêts, pendant toute leur durée contractuelle.

Le candidat à l'assurance peut choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- Soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- Soit la date d'accord du prêt,
- Soit la date du premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date choisie doit être précisée par le candidat à l'assurance sur la demande d'adhésion. La date choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par la M.N.C.A.P, ni être modifiée après l'édition de l'attestation d'assurance.

A défaut de choix, les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date d'acceptation du risque par la M.N.C.A.P. indiquée sur l'attestation d'assurance.

ARTICLE 10 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

Les demandes de modification devront être adressées à la société CBP Solutions (ORIAS N° 07 009 023) à l'adresse suivante :

CBP Solutions – B.P. 11615 – 44016 NANTES CEDEX 1.

Modification du (des) prêt(s) : en cas de modification des caractéristiques du prêt en cours de contrat, l'assuré doit en informer la M.N.C.A.P. par écrit.

Modification des garanties : aucune modification de garantie demandée par l'assuré ne pourra être effectuée sans le consentement express de l'organisme prêteur. En cas de modification des quotités ou des garanties en cours de contrat, les assurés dont les garanties sont augmentées doivent satisfaire à de nouvelles formalités d'admission.

Modification de la situation de l'assuré : l'assuré est tenu d'informer la M.N.C.A.P., par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours qui suivent tout changement de domicile ou de consommation de tabac lorsque l'assuré a signé une déclaration « non fumeur ». A défaut, la M.N.C.A.P. se réserve le droit d'appliquer la règle de proportionnalité conformément aux dispositions prévues à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité. Par ailleurs, à défaut d'information par l'assuré de son changement de domicile, les lettres recommandées adressées par la M.N.C.A.P. à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

ARTICLE 11 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE

La caution doit notamment justifier de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement engagée à son encontre, antérieure à la survenance de l'arrêt de travail.

Il est expressément stipulé que la production des justificatifs ne suffit pas à l'enclenchement des garanties : une appréciation au regard de l'ouverture des droits de l'assuré est menée dans le cadre de l'instruction du dossier sinistre. Dans tous les cas, la MNCAP statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande de prestations.

Les déclarations de sinistre devront être adressées à la société CBP Solutions

(ORIAS n° 07 009 023) à l'adresse suivante : **CBP Solutions – B.P. 11615 – 44016 NANTES CEDEX**

Pièces à fournir :

Dans tous les cas :

- Une copie de l'offre préalable,
- Un tableau d'amortissement en cours ou une attestation détaillée de l'organisme prêteur,

Toute autre pièce jugée nécessaire par la M.N.C.A.P. pourra être demandée.

En cas de Décès :

- Un bulletin de décès ou l'acte de décès original établi par un bureau d'état civil;
- Un certificat médical (modèle préétabli fourni par la M.N.C.A.P.) indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle et si le décès est accidentel, le procès verbal de police ou de gendarmerie.

Toute autre pièce jugée nécessaire par la M.N.C.A.P. pourra être demandée.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie:

- Le titre de rente accident du travail ou notification d'attribution d'une pension d'invalidité ;
- Une attestation médicale (modèle préétabli fourni par la M.N.C.A.P.) remplie par le médecin choisi par l'assuré,
- Le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne, (pour les SS 3^{ème} cat)
- Si l'assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêté de position administrative ou la décision de la commission de réforme.

En cas d'Arrêt de Travail :

Pour les assurés sociaux :

- une attestation médicale (modèle préétabli fourni par la M.N.C.A.P.) remplie par un médecin choisi par l'assuré
- Les justificatifs des rémunérations et indemnités imposables versées par les employeurs de l'assuré et organismes de prévoyance au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail et au cours de l'arrêt de travail;
- Les décomptes ou attestations de versement de prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de régimes particuliers ,ou pour les fonctionnaires ou assimilés une attestation de l'employeur justifiant l'incapacité totale de travail
- Les justificatifs de versement des prestations versées par les organismes de prévoyance complémentaire pendant la période indemnisée

En cas d'Invalidité Permanente totale la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité délivrée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé doit être produite.

Pour les travailleurs non salariés :

- une attestation médicale (modèle préétabli fourni par la M.N.C.A.P.) remplie par un médecin choisi par l'assuré,
- certificats médicaux d'arrêt de travail,.

Toute autre pièce jugée nécessaire par M.N.C.A.P. pourra être demandée.

Continuation du service des prestations :

Les paiements sont subordonnés à la production des décomptes d'indemnités journalières ou des talons de versements des pensions ou rentes par la Sécurité Sociale ou les régimes particuliers, des bulletins de paye, ainsi que les bordereaux de paiement des prestations versées par tout autre organisme de prévoyance complémentaire et à la production des certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail.

ARTICLE 12 - TERRITORIALITE

Le risque de Décès est couvert dans tous les pays, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Totale sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par un médecin expert local désigné par la M.N.C.A.P.. Le médecin conseil de la MNCAP se prononcera médicalement sur le document établi par le médecin expert local, la

MNCAP se réservant la possibilité de mettre en œuvre si nécessaire les dispositions prévues au titre "Contrôle médical – Arbitrage".

A défaut de preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale, le droit aux prestations est suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine ou dans un pays de l'Union européenne ou limitrophe de la France métropolitaine.

ARTICLE 13 - CONTROLE ET ARBITRAGE

Contrôle Médical

La MNCAP n'est pas liée par les décisions de la Sécurité Sociale ou des organismes sociaux quant à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Incapacité Temporaire Totale et l'Invalidité Permanente Totale.

La M.N.C.A.P. peut à tout moment faire procéder aux contrôles, et vérifications qu'elle juge nécessaires par un médecin qu'elle désigne. Les prestations sont alors suspendues dans l'attente des conclusions du rapport médical. A réception, la MNCAP statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande de prestations et sur le maintien des prestations.

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

Tierce expertise

En cas de désaccord entre les médecins, la M.N.C.A.P. invite le médecin de l'assuré, et celui choisi par elle, à désigner un médecin tiers expert chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur cette désignation, la désignation est faite à l'initiative de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'assuré.

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

En tout état de cause, l'assuré et la M.N.C.A.P. conservent la faculté d'exercer une action en justice.

ARTICLE 14 – DELAI DE DECLARATION ET PRESCRIPTION

Délai de déclaration

La déclaration devra être faite dans les 6 mois qui suivent l'arrêt de travail, faute de quoi l'indemnisation débutera à partir du jour de réception du dossier par CBP Solutions.

Prescription

Conformément à l'article L221.-11 du Code de la Mutualité « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fauss e ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2) En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant, et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du membre participant décédé.

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

ARTICLE 15 - COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties sont délivrées par la M.N.C.A.P. moyennant le paiement des cotisations annuelles à la date anniversaire. L'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion.

La cotisation annuelle est fonction de l'âge atteint chaque année et du capital restant dû à l'organisme prêteur. En outre, la cotisation est fixée en fonction de l'activité professionnelle de l'assuré, de sa qualité de

fumeur ou non fumeur, des risques sportifs et médicaux déclarés, de la quotité choisie et des caractéristiques de son prêt.

La cotisation est fixée taxes actuelles comprises. Elle pourra être révisée en cas de modification des taxes en vigueur ou de l'instauration de nouvelles dispositions applicables à la convention.

La prise en charge par la M.N.C.A.P. au titre de l'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité Permanente Totale ou encore la cessation d'une garantie n'entraîne pas de modification du montant de la cotisation et n'interrompt pas le règlement de la cotisation à la charge de l'assuré. L'assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses cotisations jusqu'à la date de cessation des garanties. Cependant, en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale, les cotisations sont remboursées au prorata des périodes indemnisées.

Si l'assuré ne règle pas ses cotisations, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité. Cette lettre recommandée est envoyée par le prêteur 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. L'exclusion intervient au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi.

En cas de remboursement anticipé du prêt ou du décès, les cotisations perçues d'avance pour toute année non commencée seront restituées.

ARTICLE 16 – FACULTE DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer au contrat d'assurance de la M.N.C.A.P. dans un délai de 30 jours à compter de la date de la 1ère cotisation ou de la remise par lui de l'attestation d'assurance qu'il aura souscrite.

Pour ce faire, il doit adresser à CBP Solutions un courrier recommandé avec accusé de réception, avec copie à l'organisme bancaire concerné, reproduisant le texte ci-dessous : *«Je soussigné nom prénom née le demeurant,..... contrat de prêt n°..... raison sociale de l'organisme bancaire..... déclare renoncer expressément à la souscription de mon contrat d'assurance n°.....Je demande le remboursement des sommes déjà versées. Fait à la signature.»*. La renonciation met fin à l'affiliation.

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

ARTICLE 17 - INFORMATION DE L'ASSURE

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification de toutes les données à caractère personnel le concernant figurant sur les fichiers à l'usage de la M.N.C.A.P. en s'adressant à M.N.C.A.P. 41, avenue de Villiers, 75017 PARIS.

Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des affiliations par la M.N.C.A.P. et ses mandataires.

Si l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat notamment à l'admission ou en cas de sinistre, la M.N.C.A.P. est en mesure d'étudier toutes ses demandes et réclamations. Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut adresser une réclamation à :

M.N.C.A.P. – Direction Générale - 41, avenue de Villiers, 75017 PARIS.

L'autorité chargée du contrôle de la M.N.C.A.P. est :
Autorité de Contrôle Prudentiel – 60, rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 18 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPETENTES

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

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence du tribunal du domicile de l'assuré, ou de l'ayant-droit, s'il est domicilié en France.

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

*Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
R.N.M. n°391 398 351*

CONDITIONS GENERALES DES ASSURANCES DECES/PTIA ET ARRET DE TRAVAIL - 28.10.2011