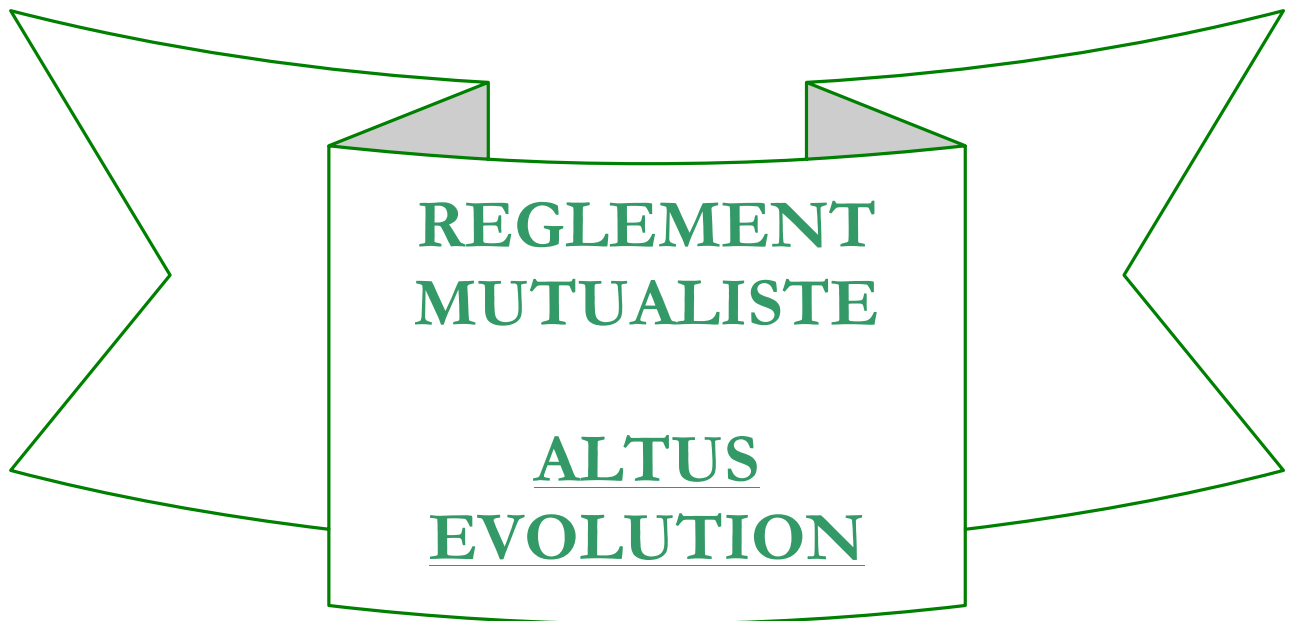




RNM n°384 253 605

Siège Social : 75 quai de la Seine
75940 PARIS Cedex 19



Il a été constitué une mutuelle dénommée MUTLOG Garanties, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité

SOMMAIRE

PETIT LEXIQUE DE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

- Article 1 Nature et objet du règlement
- Article 2 Entrée en vigueur
- Article 3 Révision
- Article 4 Information des membres participants
- Article 5 Autorité de contrôle Prudentiel (ACPR)

TITRE II – DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS

- Article 6 Objet de l'assurance emprunteur
- Article 7 Garanties Couvertes
- Article 8 Prise d'effet des garanties
- Article 9 Versement des prestations
- Article 10 Cas de l'assurance sur plusieurs têtes
- Article 11 Cessation des garanties
- Article 12. Dispositions diverses

TITRE III - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

- Article 13 Formalités générales à la souscription
- Article 14 Admission des adhérents dans le cadre de la convention AERAS
- Article 15 La garantie invalidité spécifique
- Article 16 Information aux adhérents
- Article 17 Contrôle
- Article 18 Annulation du contrat à l'initiative de la mutuelle
- Article 19. Résiliation du contrat ou d'une garantie
- Article 20. Action sociale proposée par la mutuelle

TITRE IV – OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

- Article 21 Adhérents de la mutuelle
- Article 22 Conditions d'adhésion
- Article 23 Quotité assurée
- Article 24 Formalités médicales à la souscription
- Article 25 Obligation déclarative
- Article 26. Déclaration tardive – prescription
- Article 27. Ouverture des droits
- Article 28. Contestation – Réclamation
- Article 29 Renonciation
- Article 30 Résiliation

TITRE V- LES COTISATIONS

- Article 31 Paiement de la cotisation
- Article 32 Non paiement de la cotisation

TITRE VI – DEFINITION DES GARANTIES – CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE L'ASSURANCE MUTLOG GARANTIES (BRANCHES 1, 2 (INCAPACITE/INVALIDITE) et 16 (PERTE D'EMPLOI INDEMNISEE))

- Article 33 Définition des garanties
- Article 34 Obligations liées à la PEI
- Article 35 Carence et franchises
- Article 36 Définition des prestations et modalités de prise en charge
- Article 37 Pièces à fournir en cas de prestations
- Article 38 Cessation du versement des prestations
- Article 39 Exclusions

- PETIT LEXIQUE DE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR -

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Activité principale : pour les salariés à employeurs multiples, c'est l'activité générant 50% et plus du revenu total mensuel.

Adhérents : les personnes physiques, membres participants, ayant la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution. Quand le prêt est souscrit par plusieurs emprunteurs, tous doivent être assurés auprès de MUTLOG GARANTIES.

Assuré : la personne physique sur laquelle repose le risque couvert par l'assureur. L'adhérent est l'assuré de ce contrat.

Assureur : MUTLOG GARANTIES, désignée dans le corps du texte par « la mutuelle ».

Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR) : instituée par l'article L.951-1 du Code de la Sécurité sociale, cet organisme, sise 61 rue Taitbout à Paris (IXe arrondissement), contrôle le fonctionnement des assurances, des mutuelles et des banques.

Bénéficiaire : le bénéficiaire des prestations est l'Adhérent, qui stipule auprès de l'assureur, que la prestation soit versée directement au profit du prêteur, qui l'accepte, voire d'un tiers nommément désigné par l'adhérent, après accord de l'organisme prêteur.

En cas de décès accidentel, le bénéficiaire désigné par l'adhérent n'est pas soumis à l'accord du prêteur et doit être indiqué clairement lors de la souscription du contrat d'assurance.

Carence: délai courant à partir de la date d'effet des couvertures. Pendant cette période, aucun sinistre, même s'il se prolonge au-delà de ce délai, ne peut être couvert, ni donner lieu à une quelconque indemnisation.

Consolidation : stabilisation des blessures de l'adhérent pouvant laisser subsister des séquelles définitives, constatée par une autorité médicale. Il est alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente entraînant un préjudice définitif.

Contractant : la personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

Encours : total des capitaux restant dus assurés par MUTLOG GARANTIES pour un même adhérent.

Forfaitaire : cela consiste à prendre en charge la totalité de l'échéance du prêt assuré, selon les modalités prévues au contrat, à la hauteur de la quotité choisie (cela s'oppose – modalité non retenue par MUTLOG GARANTIES - à une prise en charge « Indemnitaire », des échéances de prêt liée à une perte de revenus).

Franchise : délai courant à partir du premier jour de l'indemnisation par la Sécurité Sociale ou le Pôle Emploi. Pendant cette période, la garantie en cas d'incapacité de travail ou de chômage est acquise à l'adhérent, mais n'ouvre pas encore droit au versement de la prestation assurée.

Groupe Iso Ressource (GIR) 1 et 2 : critères de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource), évaluant les degrés de perte d'autonomie.

MNO : Maladie Non Objectivable. C'est un mal ne pouvant pas être objectivement identifié par un médecin. Dans ce cas, le médecin croit son patient, mais ne peut pas être sûr de la véracité des symptômes.

Pôle Emploi : organisme proposant des services aux candidats et aux employeurs dans les domaines de l'emploi et de la mobilité nationale pour des emplois situés exclusivement en France.

Régime social de base : Sécurité Sociale ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire.

En cas de contrôle, l'attention de l'adhérent est attirée sur l'absence possible de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base à adhésion obligatoire et celles de l'assureur.

Réserves médicales : clause du contrat d'assurance par laquelle l'assureur écarte de sa garantie certaines situations évoquées dans le questionnaire médical ou types de pathologie.

Surcotisation : supplément de cotisation dès la souscription, en contrepartie de la prise en charge d'un risque aggravé.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

Le règlement mutualiste est établi conformément aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Conformément aux dispositions de l'article 6 des statuts de la mutuelle et à l'article 114-1 du Code de la Mutualité, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des obligations réciproques entre les membres participants (ci-après dénommés « adhérent ») et les membres honoraires, d'une part, et la mutuelle, d'autre part.

Le règlement mutualiste ALTUS EVOLUTION définit les conditions d'assurance des membres participants, tout particulièrement en ce qui concerne les dispositions générales applicables aux cotisations et aux prestations afférentes à ce produit.

Chaque affilié au contrat ALTUS EVOLUTION est tenu de s'y conformer.

Article 2 ENTREE EN VIGUEUR

Le présent règlement, entre en vigueur le 1^{er} JUILLET 2016 et s'applique à tous les adhérents bénéficiant de l'offre ALTUS EVOLUTION.

Il a été approuvé par l'assemblée générale de la mutuelle en date du 15 JUIN 2016.

Il est applicable à l'ensemble des contrats souscrits postérieurement à sa date d'entrée en vigueur.

Article 3. REVISION

Sur proposition du conseil d'administration de la mutuelle, l'assemblée générale peut modifier tout ou partie du présent règlement mutualiste.

Les modifications sont opposables aux membres dès qu'ils en ont eu connaissance.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire s'impose à la mutuelle et modifie la portée des ses engagements, la mutuelle révisé, autant que de besoin, les clauses du règlement mutualiste. Elle en informe les adhérents concernés.

Article 4 INFORMATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

Chaque membre participant, s'il en fait la demande, se voit remettre dès la souscription les statuts et le règlement ALTUS EVOLUTION, constituant les droits et obligations réciproques.

Les statuts et le présent règlement sont mis à la disposition des membres participants sur le site internet de la mutuelle : www.mutlog.fr

Article 5 AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION (ACPR)

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

TITRE II– DISPOSITION APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS

CHAPITRE I : OBJET – CONDITIONS GENERALES

Article 6 – OBJET DE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR

L'assurance a pour objet de couvrir l'adhérent, ayant la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, ou de caution en cas d'incapacité, d'invalidité ou de perte d'emploi indemnisée (PEI).

Sont assurables les personnes physiques souscrivant des prêts personnels, à la consommation, professionnels ou immobiliers amortissables, in fine ainsi que les prêts relais inférieurs à 36 mois.

Article 7 – GARANTIES COUVERTES

Sauf modification des garanties à la demande de l'adhérent - et sous couvert de l'accord préalable du prêteur, cessation des dites garanties ou modification du crédit – les garanties sont accordées de manière irrévocable pour toute la durée du contrat.

Sous réserve des conditions préalables d'adhésion à MUTLOG, toute personne peut souscrire :

Garanties socle :

- la garantie incapacité temporaire totale (ITT), franchise 90 jours,
- la garantie invalidité permanente totale (IPT).

Ces garanties prennent en charge les MNO **sous conditions** définies au paragraphe 35 des Conditions Générales.

Les personnes exerçant une activité professionnelle peuvent souscrire, en plus, la perte d'emploi indemnisée (franchise 90 jours).

Garanties optionnelles :

- une garantie décès accidentel pour tous les adhérents souscrivant jusqu'à 75 ans à l'adhésion.
- la garantie incapacité temporaire totale (ITT) avec une franchise au choix de : 30 jours ou 180 jours,
- la garantie Mi-Temps thérapeutique (MTT),
- la garantie invalidité permanente partielle (IPP),
- une prise en charge sans condition, des MNO,

Article 8 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve de l'acceptation du risque par MUTLOG GARANTIES et du paiement des cotisations, le contrat prend effet à la date de déblocage des fonds ou à la date indiquée par l'adhérent si elle est antérieure et, au plus tard, à l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

En cas de substitution d'assurance au bénéfice de MUTLOG GARANTIES, la date d'effet du nouveau contrat d'assurance MUTLOG GARANTIES débutera au lendemain de la date de résiliation de l'ancien contrat et au plus tard à l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

Sont assurés, dès la date de prise d'effet du contrat :

- l'incapacité temporaire totale,
- l'invalidité permanente partielle,
- l'invalidité permanente totale
- le décès accidentel.

La garantie perte d'emploi indemnisée (PEI) est soumise à un délai de carence.

Article 9 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations (sauf pour la garantie décès accidentel) sont versées à l'établissement prêteur, sauf convention contraire expressément formulée par ce dernier auprès de MUTLOG GARANTIES.

Dans le cadre de la garantie « décès accidentel », la prestation est versée au bénéficiaire désigné par l'adhérent lors de la souscription du contrat.

En cas de renégociation et/ou réaménagement du contrat de prêt initial, MUTLOG GARANTIES fixera le montant maximum de la prestation relative aux sinistres postérieurs à la renégociation, sur la base des nouvelles échéances.

Toute augmentation d'échéance effectuée auprès du prêteur et non prévue dans l'offre de prêt, en cours de sinistre, ne sera pas prise en compte par Mutlog Garanties.

Article 10 – CAS DE L'ASSURANCE SUR PLUSIEURS TÊTES

Si l'assurance repose sur plusieurs têtes, la prestation est versée conformément à la quotité assurée pour chacune des têtes.

Toutefois, le cumul des sommes versées ne peut excéder le montant de l'échéance du prêt garanti, en cas d'incapacité temporaire totale/invalidité permanente (voire GIS) ou/et de perte d'emploi indemnisée.

Article 11 – CESSATION DES GARANTIES

► **incapacité temporaire totale et invalidité permanente** : à la date à laquelle l'adhérent a liquidé ses droits à pension de retraite acquise au titre de son activité principale et au plus tard, au 70^{ème} anniversaire, même si la durée du prêt garanti se poursuit au-delà, et même en cas de reprise d'une autre activité professionnelle.

► **perte d'emploi indemnisée** : en cas de départ en retraite ou en préretraite et au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent, même si la durée du prêt garanti se poursuit au-delà, et même en cas de reprise d'une autre activité professionnelle.

► **décès accidentel** : au 80^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Dans tous les cas, les garanties cessent :

- en cas de fausse déclaration lors de l'adhésion,
- à la date de renonciation aux prêts destinés à être assurés,
- en cas de paiement du capital restant dû,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur,
- en cas de non-paiement des cotisations d'assurance,
- à la date d'expiration du prêt assuré ou à la date de remboursement anticipé, y compris par suite de déchéance du terme.

Toutefois en cas de mise en place d'un moratoire amiable ou d'un plan d'apurement dans le cadre d'une procédure de surendettement, sur information transmise à la mutuelle, les garanties sont prorogées dans la limite d'une durée de 8 ans, sans formalité médicale nouvelle, sous réserve du paiement des cotisations au taux en vigueur au moment de la souscription, dans la limite des âges maxima d'assurance.

Article 12 - DISPOSITIONS DIVERSES

12.1 Taxes

Les évolutions fiscales qui deviendraient applicables aux assurances en cours seront intégralement répercutées sur les adhérents.

12.2 Loi informatique et libertés

En vertu de la loi « informatique et libertés » du 06/01/1978, la mutuelle s'engage à respecter les droits spécifiques des adhérents en matière de diffusion de l'information relevant de leur vie privée.

12.3 Territorialité

Le présent contrat a pour objet de garantir, en cas de maladie ou d'accident, le paiement de tout ou partie des sommes dues par l'assuré - résident en France Métropolitaine et/ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) - à l'établissement prêteur, au titre d'un prêt immobilier, personnel ou professionnel, souscrit auprès d'un établissement situé en métropole et/ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Les garanties s'exercent dans tous les pays du monde sous réserve de la production des justificatifs visés aux articles 27, 37-1, 37-2 et 37-3 (pièces nécessaires au déblocage des prestations). Si la mutuelle demande une visite médicale, elle doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de la mutuelle sur le sol français, restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par la mutuelle sont pris en charge par ce dernier.

TITRE III OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Article 13 – FORMALITE GENERALE A LA SOUSCRIPTION

Préalablement à la signature du contrat, il est remis à l'adhérent, une fiche standardisée d'information précontractuelle, un bulletin d'adhésion, les conditions générales et la notice d'information décrivant les droits et obligations réciproques des parties.

Le contrat est formé après :

- la signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent, qui comporte les indications relatives au crédit à assurer et le choix des garanties retenues.
- l'acceptation de la souscription, concrétisée par la transmission du certificat d'adhésion par MUTLOG GARANTIES.

L'adhérent peut, sur simple demande auprès du « Service Relation Adhérents » de la mutuelle, recevoir un exemplaire des statuts et du présent règlement mutualiste de MUTLOG GARANTIES par courrier. Ces documents sont consultables sur le site internet (www.mutlog.fr).

Article 14 – ADMISSION DES ADHERENTS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS

La mutuelle s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS.

La mutuelle, peut accepter, tout ou partie des garanties, avec ou sans réserves et/ou majoration de cotisations.

Toute décision finale de la mutuelle est notifiée par lettre, en double exemplaire, au candidat à l'assurance qui doit expressément l'accepter en retournant à la mutuelle, sous quinzaine, un des exemplaires, daté et signé.

La mutuelle garantit la confidentialité des données à caractère médicales qui lui sont transmises, que ce soit dans le cadre de la convention AERAS, comme dans tous les autres cas de figure.

Article 15 – LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE (GIS)

Dès lors que la garantie « Incapacité » du contrat MUTLOG GARANTIES est refusée, la GIS peut être proposée.

15.1 Définition

C'est une garantie destinée à faciliter l'accès des emprunteurs à une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt.

15.2 Pièces à fournir

L'octroi de la GIS est étudiée sur la base de la production d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale (ou congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés).

15.3 Prise en charge

Elle s'adresse à tous les adhérents qui remplissent les conditions d'« incapacité permanente » suivantes : attester d'un taux d'incapacité professionnelle de 100% et d'une incapacité fonctionnelle supérieur à 70% (en référence au barème des pensions civiles et militaires).

La prise en charge de cette garantie spécifique se traduit par le versement de 100% de l'échéance du prêt garanti, corrigé de la quotité assurée, à la date de consolidation de l'incapacité permanente constatée par le médecin conseil de MUTLOG GARANTIES.

15.4 Cessation de la GIS

Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70^{ème} anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt

15.5 Cotisation

Le tarif de cette garantie est égal à 100% du tarif «Invalidité / Incapacité de travail (IT)» de base.

Article 16 -INFORMATION AUX ADHERENTS

La mutuelle doit informer les adhérents de tous changements venant modifier le contenu de leurs garanties ou le montant de leurs cotisations.

Article 17 – CONTRÔLE

Sur tout type de sinistre, le médecin conseil de la mutuelle peut, à tout moment, faire procéder au(x) contrôle(s) qu'il juge nécessaire(s) pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du versement des prestations.

A la suite de la demande de prestations ou lors de la continuation de celles-ci, le médecin conseil de MUTLOG GARANTIES peut diligenter une expertise pour évaluer l'état de santé de l'adhérent à la date de son adhésion. Il peut vérifier la conformité des déclarations de l'adhérent lors de son admission et si son état de santé justifie une demande ou une continuation des prestations. L'adhérent peut missionner à ses frais son médecin personnel ou tout autre médecin pour assister à cette expertise.

Le versement des prestations peut alors être suspendu compte tenu du résultat de ces contrôles, voire, lorsqu'une expertise ou contre-expertise est diligentée, de même que si l'adhérent refuse de se soumettre au contrôle demandé par MUTLOG GARANTIES.

En cas de contrôle, l'attention de l'adhérent est attirée sur l'absence possible de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base à adhésion obligatoire et celles de l'assureur

Article 18 - ANNULATION DU CONTRAT A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

En cas de fraude, fausse déclaration intentionnelle ou défaut de déclaration d'un emprunteur assuré, portant notamment sur l'âge, ou sur les réponses au questionnaire de santé, ou sur les indications portées sur le bulletin d'adhésion de nature à affecter l'importance du risque ou à entraîner le paiement de prestations indues, l'assurance est immédiatement annulée, conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité.

Dans le cas où ces faits ne sont constatés qu'après versement des prestations, la mutuelle se réserve le droit d'en poursuivre le recouvrement auprès de l'emprunteur. En tout état de cause, les cotisations versées par cet adhérent restent acquises à la mutuelle.

La charge de la preuve de la nullité du contrat incombe à la mutuelle.

En cas de fausse déclaration non intentionnelle au sens de l'article L221-15 du Code de la Mutualité, la mutuelle pourra proposer une modification (émission de réserve médicale ou/et majoration) du contrat sous réserve de l'accord de l'adhérent ou résilier celui-ci, en cas de refus.

Article 19 - RESILIATION DU CONTRAT OU D'UNE GARANTIE

19.1 du contrat :

La mutuelle procède à la résiliation du contrat en cas de non paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article L221-7 du Code de la Mutualité.

19.2 d'une garantie

Par ailleurs, conformément à l'article L221-7 du code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie, ou en cas de changement de profession, de départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à la garantie. Exemple : résiliation de la garantie perte d'emploi indemnisée, en cas de départ en retraite.

La résiliation de la garantie prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de sa notification. La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 20 - ACTION SOCIALE PROPOSEE PAR LA MUTUELLE

20.1 Exonération de cotisations

Dans la limite de 12 mois, aucune cotisation ne sera due par l'adhérent durant l'exécution d'un plan conventionnel de redressement.

20.2 Accompagnement Retour Emploi (ARE)

Une prestation ARE (Accompagnement Retour Emploi) est versée aux adhérents ayant contracté une assurance chez MUTLOG et MUTLOG GARANTIES pour un cumul de capitaux emprunté d'un montant initial supérieur à 25 000€ et une assurance perte d'emploi indemnisée.

Cette prestation n'est pas applicable pendant une éventuelle période de différé d'amortissement.

Elle s'établit comme il suit, corrigée de la quotité assurée :

- 1000€ en cas de retour à un emploi en contrat à durée indéterminée, dans les 12 mois à compter de la notification par l'employeur du licenciement,
- 500€ en cas de retour à un emploi en contrat à durée indéterminée, dans les 24 mois à compter de la notification par l'employeur du licenciement.

Le montant maximal versé, sur toute la durée de l'assurance, pour le même prêt, est plafonné à 1 000€.

Le détail des prestations sera versé sur la base de la copie du contrat de travail à durée indéterminée (période d'essai concluante) et d'une attestation de l'employeur.

20.3 Accompagnement Création d'Emploi (ACE liée à la prestation PEI) -

Si l'assuré passe d'une indemnisation par le Pôle Emploi à un dispositif de « création d'entreprise », soutenu par ledit Pôle Emploi, MUTLOG GARANTIES versera à l'adhérent, si celui-ci a contracté une assurance chez MUTLOG et MUTLOG GARANTIES pour un cumul de capitaux emprunté d'un montant supérieur à 25 000€, la somme forfaitaire de 1000€ pour l'ensemble des prêts assurés, sur la base d'une attestation transmise par Pôle Emploi.

Cette prestation n'est pas cumulable avec l'ARE.

20.4 Fonds d'entraide

Un fonds d'entraide est constitué, pour intervenir ponctuellement, lors de la survenance d'un évènement 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 la mutuelle, afin d'aider des familles momentanément en difficulté. Un comité de gestion, dont la composition est arrêtée par le conseil d'administration, étudie des dossiers qui lui sont présentés.

Ainsi, s'agissant d'un adhérent classé en PTIA (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 500€ aux fins de faciliter son organisation de vie.

Egalement, une exonération de 12 mois des cotisations pourra être proposée, sur décision du Comité de gestion de ce fonds, à la naissance ou lors de l'adoption d'un enfant dans le foyer, si cette naissance ou adoption est la première réalisée durant la vie du contrat chez MUTLOG GARANTIES.

La demande doit être effectuée auprès du service « Prestations » de MUTLOG GARANTIES.

TITRE IV – OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 21 -. LES ADHERENTS DE LA MUTUELLE

21.1 Les membres participants :

Les membres participants de la mutuelle, sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle ils ont adhéré.

Seuls peuvent adhérer au présent règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la mutuelle.

L'adhésion s'effectue selon les conditions et modalités fixées notamment à l'article 22, 23 et 24 du présent titre.

L'adhésion aux statuts de la mutuelle emporte acceptation du règlement mutualiste.

21.2 Les membres honoraires :

Les membres honoraires de la mutuelle sont des personnes morales qui souscrivent un contrat collectif auprès de la mutuelle et vont, de ce fait, faire adhérer des personnes physiques qui deviennent ainsi, membres participants » de la mutuelle.

L'adhésion au contrat collectif emporte adhésion aux statuts de la mutuelle.

Article 22 – CONDITIONS D'ADHESION

Toute personne, quels que soient son régime d'affiliation à la Sécurité sociale, sa profession, son statut social, sa nationalité, peut souscrire un contrat avec la mutuelle, si elle est emprunteur, co-emprunteur ou caution.

Son âge, lors de la demande d'adhésion doit être /

- inférieur à 76 ans pour la garantie décès accidentel (optionnel),
- inférieur à 61 ans pour la garantie perte d'emploi indemnisée,
- inférieur à 65 ans pour les autres garanties.

L'adhésion du membre participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion dûment, sincèrement et correctement complété.

Elle emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle (le cas échéant du règlement intérieur) et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste qui s'impose aux membres participants.

Article 23 – QUOTITE ASSUREE

Le taux d'assurance détermine le montant de la cotisation ainsi que celui de l'indemnisation. Il doit être de 100% lorsqu'une seule personne est assurée.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées, la somme des quotités assurées doit être au moins égale à 100% pour chaque garantie, sauf pour la perte d'emploi indemnisée, si l'un des emprunteurs n'est pas assurable en raison de son statut professionnel ou de son âge.

La quotité assurée pour la perte d'emploi indemnisée doit être, pour chaque personne, identique à celle de l'incapacité de travail.

Article 24 – FORMALITES MEDICALES A LA SOUSCRIPTION

En fonction de l'âge et du montant de l'encours assuré, toute personne assurable devra satisfaire aux formalités médicales demandées par l'assureur (cf. nouvelle grille de sélection médicale juillet 2016).

Cela comprend dans tous les cas, un questionnaire médical simplifié qui doit dater de moins de 6 mois, accompagné éventuellement de pièces médicales.

De plus, lorsque le questionnaire médical simplifié comporte au moins une réponse positive, un questionnaire médical complet est exigé en complément.

Le questionnaire médical simplifié et le questionnaire médical complet sont soumis à l'examen du médecin conseil de la mutuelle qui, au vu des réponses apportées, peut demander un complément d'informations, des examens médicaux, une visite médicale auprès d'un médecin choisi par le souscripteur.

Au-delà d'un certain montant de capitaux initiaux souscrits, (ou d'un cumul de garanties en cours sur une même tête), des examens médicaux supplémentaires sont exigés. Sauf pour les prêts relais, les frais sont remboursés par l'assureur, après admission dans l'assurance, dans la limite d'un plafond/personne, fixé par la mutuelle, sur présentation des originaux des notes d'honoraires et de la facture du laboratoire d'analyse acquittées.

La mutuelle peut prendre l'une des décisions suivantes : acceptation de tout ou partie des garanties, avec ou sans réserve, avec ou sans surcotisation, ou refus.

Quelle que soit la décision prise, la mutuelle s'engage à la notifier à l'intéressé, étant précisé que toute condition particulière d'acceptation d'une adhésion sera signifiée par lettre simple.

L'adhérent doit de son côté accepter expressément les réserves ou les surcotisations, en retournant son accord à la mutuelle sous quinzaine.

Article 25 - OBLIGATION DECLARATIVE

25.1 A la souscription et avant la prise d'effet du contrat

L'adhérent a l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans le bulletin d'adhésion ou dans le questionnaire médical, pour permettre à la mutuelle d'apprécier le risque qu'elle va prendre à sa charge.

Par ailleurs, l'adhérent s'engage, conformément à la loi, à informer la mutuelle en cas de détérioration de son état de santé survenu avant la date de prise d'effet des garanties et postérieurement à la date de signature du questionnaire de santé.

Pièces à fournir pour les prêts (ou encours) supérieurs à 400 000€ :

- la copie d'une pièce d'identité en cours de validité,
- le plan de financement de l'organisme prêteur.

25.2 A tout moment

Pièces à fournir au service Admission de MUTLOG GARANTIES en cas de :

- remboursement anticipé total : justificatif de la banque précisant la date du remboursement total (jour/mois/année),
- remboursement anticipé partiel : justificatif de la banque précisant le montant, la date du remboursement partiel (jour/mois/année), ainsi que le tableau d'amortissement actualisé,
- départ en retraite ou préretraite : justificatif émanant de l'organisme liquidateur principal (ex : CNAMTS, MSA, CNRACL, etc..) précisant la date de départ en retraite.
- renégociation en cours de prêt assuré chez MUTLOG GARANTIES = un nouveau tableau d'amortissement, accompagné s'il y a lieu, d'un nouveau questionnaire de santé (si les échéances ou la durée du prêt augmentent).

Article 26 – DECLARATION TARDIVE - PRESCRIPTION

26.1 Déclaration tardive

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de 9 mois courant à partir de la date à laquelle l'adhérent peut prétendre à la mise en œuvre de la garantie et avant la cessation du service des allocations du Pôle Emploi ou des indemnités de la Sécurité Sociale.

A défaut, la prise en charge débutera à la date de la déclaration de sinistre.

26.2 Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par les présentes conditions générales, sont, conformément aux articles L 221-11 et 221-12 du Code de la Mutualité et à compter de l'évènement qui y donne naissance, prescrites par 2 ans.

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

Article 27 - OUVERTURE DES DROITS

Les déclarations de sinistres sont à faire auprès du service des prestations de MUTLOG Garanties.

Les pièces nécessaires à l'ouverture du dossier et au paiement des prestations sont les suivantes :

- une déclaration de sinistre par écrit,
- les justificatifs réclamés par MUTLOG Garanties,
- le dernier tableau d'amortissement en vigueur et comportant les dates des échéances,
- une copie de l'offre de prêt signée et acceptée,

- le relevé d'identité bancaire du bénéficiaire des prestations,
- le procès-verbal de gendarmerie /police en cas d'accident.

MUTLOG GARANTIES se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires si elle le juge utile.

Lorsque les documents ne sont pas libellés en français, ils devront être traduits en français et certifiés par un traducteur agréé.

Article 28 – CONTESTATION ET RECLAMATION

28.1 Contestation

En cas de contestation des décisions prises par le médecin conseil de la mutuelle, l'adhérent peut demander un arbitrage. Un tiers expert peut être missionné pour évaluer contradictoirement son état de santé, en présence d'un médecin désigné par l'adhérent et d'un médecin désigné par le médecin conseil de la mutuelle. Le tiers expert est désigné en accord avec les médecins représentant l'adhérent et le médecin conseil de la mutuelle.

Si cet accord ne peut être réalisé, le tiers expert est désigné, à la demande de l'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Les honoraires du médecin désigné par le médecin conseil de la mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la mutuelle.

Toutefois, si le tiers expert confirme la décision du médecin conseil de la mutuelle à l'égard de l'intéressé, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert sont à la charge de l'adhérent. Dans tous les cas, les honoraires du médecin désigné par l'adhérent sont à sa charge.

28.2- Réclamation

Toute information complémentaire ou réponse à une réclamation relative à une adhésion ou aux événements qui découlent de son application, est fournie par le « Service Relations Adhérents » de MUTLOG GARANTIES, dans un délai de 15 jours ouvrés, à compter de la réception de la demande écrite.

L'adresse mail pour une réclamation est la suivante : « reclamation@mutlog.fr ».

S'il subsiste un désaccord, l'adhérent peut demander l'avis du Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF – 255 rue de Vaugirard – Paris 15ème). Le recours à cette personnalité indépendante est gratuit et les conditions d'accès sont communiquées par MUTLOG GARANTIES sur simple demande. Le médiateur rend un avis motivé dans les 6 mois maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. MUTLOG GARANTIES s'engage à respecter son avis.

L'adhérent peut aussi contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution [ACPR - 61 rue Taitbout (Paris 9ème)], en charge de protéger les adhérents.

Article 29– RENONCIATION

A compter du premier versement de cotisation, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer à la garantie. Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception auprès de la mutuelle. Elle peut être faite selon le modèle ci-dessous :

« Je vous notifie que je renonce à mon adhésion, ce, conformément à l'article L223.8 du Code de la Mutualité, aux conditions générales qui régissent mon contrat d'assurance, ainsi qu'à la notice d'information s'y rapportant. J'accepte par ailleurs que les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date d'envoi de cette lettre de renonciation. »

Si le contrat avait pris effet, les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date d'envoi de la lettre de renonciation.

Article 30 - RESILIATION

L'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L. 221.10 du Code de la Mutualité.

L'adhérent notifie à l'assureur ou à son représentant sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée. L'adhérent notifie également à l'assureur par lettre recommandée la décision du prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion au contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par l'assureur 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 par le prêteur, l'adhésion au contrat d'assurance n'est pas résiliée. Par ailleurs, au-delà des douze mois suivant la signature de l'offre de prêt et sous réserve de l'accord écrit du prêteur, l'adhérent peut dénoncer le contrat auprès de MUTLOG GARANTIES, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, en respectant un préavis de 2 mois (le cachet de la poste faisant foi). Toute résiliation du contrat sera prise en compte à compter de la réception de l'accord de la banque et avec une rétroactivité maximale de 12 mois »

La résiliation du contrat met fin définitivement à l'assurance et prive l'adhérent de tout droit à prestation.

TITRE V – LES COTISATIONS

Article 31– PAIEMENT DE LA COTISATION

31.1 Règlement de la cotisation

La cotisation est calculée sur le capital initial emprunté et pour l'entière durée du prêt

Par exception pour les prêts en cours, le capital restant dû au jour de la souscription de l'assurance MUTLOG GARANTIES sera la base de calcul de la cotisation, et ce, sur la durée du prêt restant à courir.

La cotisation est obligatoirement prélevée annuellement (d'avance) ou par fraction mensuelle sans majoration. Toutefois en fonction du montant du prélèvement mensuel, MUTLOG GARANTIES se réserve la liberté de modifier la périodicité de celui-ci.

A l'exception de la cotisation affectée à la garantie perte d'emploi indemnisée (PEI) et sauf évolution fiscale, les cotisations demeurent fixes sur toute la durée de l'engagement.

L'adhérent dispose d'un délai de 10 jours suivant la date d'échéance pour s'acquitter de sa cotisation. Les frais de rejets et de pénalités sont refacturés à l'adhérent par MUTLOG GARANTIES.

La cotisation à la garantie PEI peut être révisable au plus tôt à l'issue de la 3^{ème} année de la vie du contrat.

Cette révision éventuelle de la cotisation, sera notifiée à chaque adhérent, par lettre recommandée avec AR un mois minimum avant la date d'application de la nouvelle tarification.

En cas de refus de modification de la cotisation d'assurance affectée à la garantie PEI, l'adhérent pourra demander la résiliation de la garantie, par courrier adressé à MUTLOG GARANTIES au plus tard un mois après la réception de la lettre recommandée avec AR.

La garantie sera résiliée de plein droit à la date de prise d'effet des nouvelles conditions tarifaires.

Passé le délai d'un mois, cette garantie sera résiliée, à la date de réception du courrier qui en fait la demande.

Pendant le versement de la prestation INCAPACITE/INVALIDITE ou PEI, l'exonération de la cotisation correspondante, sera effectuée sous la forme du remboursement de cette dernière sur la période de liquidation concernée.

Les cotisations ne sont plus dues lorsque le prêt assuré cesse ou lorsque l'adhérent atteint, pour la garantie :

- ▶ **incapacité temporaire totale/invalidité permanente partielle ou totale** son 70^{ème} anniversaire,
- ▶ **perte d'emploi indemnisée**, son 65^{ème} anniversaire ou le départ en retraite ou en préretraite.
- ▶ **décès accidentel (optionnel)** : au 80^{ème} anniversaire de l'adhérent.

MUTLOG GARANTIES doit être informée dans un délai de deux mois suivant la mise en retraite ou en préretraite.

A défaut, la modification de cotisation n'interviendra qu'à la date à laquelle l'information sera reçue par MUTLOG GARANTIES.

31.2 Remboursement anticipé

Tout remboursement anticipé du prêt sera pris en compte avec une rétroactivité maximale de 24 mois, à compter de la réception du justificatif de la banque.

En cas de remboursement anticipé partiel, la cotisation sera modifiée. Elle sera calculée sur la différence entre le capital initial emprunté et le montant du remboursement anticipé partiel. Le tarif en vigueur à la souscription originelle continuera d'être appliqué sur la nouvelle assiette.

Article 32– NON PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, MUTLOG GARANTIES procédera à la suspension et/ou résiliation du contrat selon les modalités de l'article L221-7 du Code de la Mutualité.

En tout état de cause, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des évènements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après résiliation du contrat.

TITRE VI – DEFINITION DES GARANTIES ET CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE L'ASSURANCE MUTLOG GARANTIES (BRANCHES 1, 2 ET 16)

Article 33.- DEFINITION DES GARANTIES

L'adhérent, en cas de prestation incapacité temporaire totale ou invalidité permanente ne doit pas être en situation de retraite ou de préretraite.

33.1 L'incapacité temporaire totale

L'incapacité temporaire totale concerne un adhérent momentanément dans l'impossibilité absolue, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, dont la date de l'arrêt d'activité se situe postérieurement à la prise d'effet de la souscription des garanties auprès de la mutuelle.

S'il est salarié, il doit bénéficier d'indemnités journalières maladie ou accident de la Sécurité Sociale.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale s'il est, à l'issue d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours (délai de franchise), dans l'impossibilité absolue et reconnue médicalement d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

33.2 L'invalidité permanente partielle

L'invalidité permanente partielle concerne un adhérent qui est d'une manière permanente dans un état reconnu médicalement comme réduisant sa capacité de travail ou de gains de **33% à 66%**.

L'évaluation de l'invalidité permanente partielle selon la profession exercée, sera effectuée à partir d'un barème croisant l'incapacité fonctionnelle (le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé d'après le barème du « Concours Médical », en vigueur au jour du sinistre) et l'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle sera apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale

Le taux d'incapacité professionnelle sera 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, des conditions d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, sans tenir compte des possibilités de reclassement dans une profession socialement équivalente, des possibilités de rééducation.

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Taux d'Incapacité Professionnelle	10%	10,0%	15,9%	20,8%	25,2%	29,2%	33,0%	36,6%	40,0%	43,3%	46,4%
	20%	12,6%	20,0%	26,2%	31,7%	36,8%	41,6%	46,1%	50,4%	54,5%	58,5%
	30%	14,4%	22,9%	30,0%	36,3%	42,2%	47,6%	52,8%	57,7%	62,4%	66,9%
	40%	15,9%	25,2%	33,0%	40,0%	46,4%	52,4%	58,1%	63,5%	68,7%	73,7%
	50%	17,1%	27,1%	35,6%	43,1%	50,0%	56,5%	62,6%	68,4%	74,0%	79,4%
	60%	18,2%	28,8%	37,8%	45,8%	53,1%	60,0%	66,5%	72,7%	78,6%	84,3%
	70%	19,1%	30,4%	39,8%	48,2%	55,9%	63,2%	70,0%	76,5%	82,8%	88,8%
	80%	20,0%	31,7%	41,6%	50,4%	58,5%	66,0%	73,2%	80,0%	86,5%	92,8%
	90%	20,8%	33,0%	43,3%	52,4%	60,8%	68,7%	76,1%	83,2%	90,0%	96,5%
	100%	21,5%	34,2%	44,8%	54,3%	63,0%	71,1%	78,8%	86,2%	93,2%	100,0%

33.3 L'invalidité permanente totale

L'invalidité permanente totale concerne l'adhérent qui est d'une manière permanente dans l'impossibilité complète, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

L'évaluation de cette invalidité permanente totale sera également effectuée à partir du barème croisant l'incapacité fonctionnelle (le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème du « Concours Médical », en vigueur au jour du sinistre) et l'incapacité professionnelle.

Le taux minimum résultant de ce croisement devra être de **66%** dans la grille présentée en supra.

L'Adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état Invalidité Permanente Totale dès lors qu'il présente, à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis, après consolidation de son état une incapacité fonctionnelle médicalement reconnue d'au moins 70%. Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème du « Concours Médical » en vigueur au jour du sinistre.

33.4 La perte d'emploi indemnisée (PEI)

La garantie perte d'emploi correspond à une prestation versée, au prorata de la quotité choisie, à l'adhérent salarié, ayant cessé son activité de façon volontaire, contrainte ou négociée et étant en recherche d'emploi au sens de la réglementation de Pôle Emploi et indemnisé par celui-ci.

La situation de l'adhérent est appréciée au regard des articles 34 et 39 du présent règlement, et dans le respect de leur stricte application.

33.5 Le décès accidentel

Décès dû à toute atteinte corporelle, non intentionnelle de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, dont l'adhérent est victime après la date d'effet et pendant la durée de l'adhésion.

Sont également considérés comme accidentels :

- L'insolation,
- La chute accidentelle non consécutive à un problème de santé,
- La noyade et l'asphyxie consécutive à l'absorption non intentionnelle de gaz ou de vapeurs,
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques,
- Les lésions corporelles résultant d'un attentat, d'une agression ou d'un acte de terrorisme dont l'Assuré serait victime, sauf s'il a pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements,
- Les morsures d'animaux,
- Les conséquences directes de piqûres d'insectes.

Article 34– OBLIGATIONS LIEES A LA GARANTIE PEI

Le candidat à l'assurance perte d'emploi indemnisée, doit à la date de la demande d'adhésion :

- avoir moins de 61 ans,
- exercer une activité salariée à titre principal depuis plus de 6 mois continus chez le même employeur dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée,
- ne pas être ni en période d'essai, ni en préavis de rupture de contrat de travail en raison d'une démission, d'une rupture conventionnelle, d'un licenciement ou d'un départ en retraite ou en préretraite,
- cotiser au régime d'assurance chômage des travailleurs (régime Pôle Emploi) ou, s'il est agent non titulaire de l'Etat ou d'une collectivité locale, cotiser à un régime particulier public ou parapublic.

Les salariés à temps partiel justifiant d'un contrat à durée indéterminée ont accès à l'assurance perte d'emploi indemnisée.

Les adhérents/salariés à employeurs multiples bénéficient, également, de l'accès à la couverture Perte d'Emploi Indemnisée avec des prestations spécifiques.

Article 35– CARENCE ET FRANCHISES

35.1 Délai de carence

a) Est assurée la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à notification (lettre de licenciement, lettre de démission ou accord conventionnel) postérieure à un délai d'au moins 3 mois ininterrompus suivant la date de prise d'effet de la garantie, si l'adhérent exerce à la date de la demande d'adhésion une activité salariée en contrat à durée indéterminée à titre principal depuis plus de 12 mois chez le même employeur.

b) Est assurée la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à notification (lettre de licenciement, lettre de démission ou accord conventionnel) postérieure à un délai d'au moins 9 mois ininterrompus suivant la date de prise d'effet de la garantie, si l'adhérent exerce à la date de la demande d'adhésion une activité salariée en contrat à durée indéterminée à titre principal depuis plus de 6 mois et moins de 12 mois chez le même employeur.

c) Après un changement volontaire d'employeur, est assurée la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à notification (lettre de licenciement, lettre de démission ou accord conventionnel) postérieure à la période d'essai et à un délai d'au moins 3 mois suivant la date d'effet du nouveau contrat de travail.

35.2 Délais de franchises

Selon l'option choisie à l'adhésion, la prestation incapacité temporaire totale est garantie à l'issue d'une période de 30 jours, 90 jours ou de 180 jours continus, d'arrêt de travail médicalement constaté. Cette franchise est précisée sur le certificat d'adhésion.

En cas de passage directement en incapacité permanente totale du fait d'un accident ou d'une maladie, sans période préalable d'incapacité temporaire totale ou d'incapacité permanente partielle, aucune franchise n'est appliquée.

La prestation perte d'emploi indemnisée, est garantie, à l'issue d'une période de 90 jours continus d'indemnisation par le Pôle Emploi.

Article 36- DEFINITION DES PRESTATIONS - MODALITES DE PRISE EN CHARGE

36.1 Incapacité temporaire totale

La prise en charge se traduit par le versement d'une prestation calculée sur la base du montant de l'échéance correspondante du prêt assuré, corrigée de la quotité assurée, arrêtée au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés, à l'issue d'une période de **30 jours, 90 jours ou 180 jours continus d'arrêt de travail médicalement constaté, selon l'option choisie à l'adhésion.**

Pour les prêts relais, **in fine**, ou en période de différé d'amortissement, ne sont prises en compte que les seules échéances d'intérêt ; le capital n'est pas remboursé.

L'Adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre se voit servir une prestation forfaitaire égale à **100% du montant de l'échéance du prêt garanti**, corrigé de la quotité assurée.

L'incapacité temporaire totale est versée au mois le mois, sur production des décomptes de sécurité sociale, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70ème anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt.

A titre optionnel, et si cette garantie a été choisie à l'adhésion, les adhérents justifiant d'une reprise de travail à mi-temps thérapeutique se voient servir forfaitairement une prestation calculée sur 50% du montant de l'échéance corrigé de la quotité assurée. Cette prestation est limitée à une année.

36.2 Invalidité permanente partielle (invalidité 1^{ère} catégorie)

La prise en charge se traduit par le versement d'une prestation calculée sur la base de 50% du montant de l'échéance correspondante du prêt assuré, corrigée de la quotité assurée, au jour de la reconnaissance de l'invalidité par le médecin conseil. Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70ème anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt.

36.3 Invalidité permanente totale (invalidité 2^{ème} catégorie)

La prise en charge se traduit par le versement d'une prestation calculée sur la base du montant de l'échéance du prêt assuré, corrigée de la quotité assurée, au jour de la reconnaissance de l'invalidité par le médecin conseil. Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70ème anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt

A sa seule initiative, la mutuelle peut se libérer de ses engagements en versant en une seule fois, pour chacun des prêts assurés, le montant du capital restant dû, corrigé de la quotité assurée.

L'Adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre se voit servir une prestation forfaitaire égale à **100% du montant de l'échéance du prêt garanti**, corrigé de la quotité assurée.

La « retraite pour inaptitude » est une condition permettant la prise en charge des échéances de prêt jusqu'au 70^{ème} anniversaire de l'adhérent.

36.4 Nouvelle incapacité

En cas de nouvel arrêt de travail, l'indemnisation reprend dès le 1^{er} jour s'il est établi que la nouvelle interruption est due à une affection médicalement reconnue comme étant une rechute de la précédente :

- pour les salariés, quand la prise en charge par la Sécurité Sociale démarre le 1^{er} jour.
- pour les non salariés, quand la rechute intervient dans les 3 mois qui suivent la reprise du travail.
- pour les adhérents sans emploi, quand la rechute intervient dans les 3 mois qui suivent la date de fin de repos complet (définie à l'article 37, §2), mentionnée sur le certificat médical.

Après reprise du travail, une nouvelle interruption médicalement prescrite donne droit à une prestation à l'issue d'un nouveau délai **de 30 jours, 90 jours ou 180 jours continus d'arrêt de travail** médicalement constaté, selon l'option choisie à l'adhésion.

36.5 Service de la perte d'emploi indemnisée (PEI)

La durée de versement des prestations est limitée à 36 mois, en une ou plusieurs périodes et pour toute la durée du prêt, sur la base des décomptes réglés par Pôle Emploi.

Dans cette limite absolue sur la durée du prêt et pour une même période de chômage, l'indemnité est alors servie, corrigée de la quotité assurée, au taux suivant : 50% de l'échéance du prêt.

Les adhérents/salariés à employeurs multiples, se verront servir - si le chômage entraîne une perte de revenu d'au moins 50% - une prestation à hauteur de 50% de l'échéance. Dans le cas contraire, la prestation ne sera pas servie.

En cas d'épuisement des droits afférents à la garantie PEI, la cotisation est due jusqu'à la première des dates suivantes :

- 65^{ème} anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt
- modification du statut de l'adhérent (ex : de salarié vers fonctionnaire)

► En cas de changement de régime d'indemnisation

Si l'adhérent passe d'une indemnisation par le Pôle Emploi au titre de la perte d'emploi indemnisée à une indemnisation par la Sécurité Sociale au titre de l'incapacité de travail, ou inversement, l'assurance se calcule sur le régime appliqué sans décompter un nouveau délai de franchise.

► En cas de nouvelle période de perte d'emploi indemnisée

Après une première ouverture des droits à indemnisation, toute nouvelle période de perte d'emploi indemnisée est prise en charge dans les conditions suivantes et dans les limites énoncées par le présent article et par les articles 36.5 et 38.2.

▪ Cas de perte d'emploi indemnisée dû à un licenciement pour cause économique : l'adhérent peut être de nouveau indemnisé à condition de justifier d'un temps de présence dans la même entreprise d'une durée supérieure à celle de la période d'essai fixée lors de son embauche (justification fournie par la copie de la lettre d'embauche). En cas de perte d'emploi indemnisée d'une durée supérieure à 3 mois, les prestations de l'assurance sont versées à l'issue d'un délai de 45 jours continus à compter de la nouvelle indemnisation par Pôle Emploi.

Pendant ce délai, aucune prestation n'est due.

▪ Cas de la perte d'emploi indemnisée due à un licenciement autre qu'économique ou à une rupture conventionnelle : l'adhérent peut être indemnisé à condition de justifier de 3 mois minimum de présence dans la

même entreprise. Les prestations sont versées à l'issue d'un délai de 90 jours continus à compter de la nouvelle indemnisation par Pôle Emploi.

▪ Cas de la perte d'emploi indemnisée faisant suite à une fin de contrat à durée déterminée : si le contrat à durée déterminée fait suite à un contrat à durée indéterminée ayant donné lieu à un licenciement, le délai de franchise court pour sa totalité ou son solde à compter de la reprise d'indemnisation par Pôle Emploi.

36.6 Service du décès accidentel

La prestation décès accidentel : se traduit par le versement au bénéficiaire désigné, du capital restant dû au jour du décès de l'adhérent, corrigé de la quotité assurée.

Ce montant ne peut, en aucun cas, être augmenté des échéances antérieures qui n'auraient pas été acquittées, ni des intérêts ayant couru de la date du décès jusqu'au jour de l'indemnisation.

Article 37 – PIECES A FOURNIR EN CAS DE PRESTATIONS

Les certificats médicaux sont adressés par l'adhérent sous pli confidentiel au médecin conseil de MUTLOG GARANTIES.

37.1 En cas d'incapacité temporaire totale

Un certificat médical précisant l'affection ayant entraîné l'incapacité temporaire totale ainsi que la date de la première constatation, doit être adressé à MUTLOG GARANTIES accompagné :

- si l'adhérent est salarié, des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de la notification d'attribution du versement de l'allocation adulte handicapée (AAH) de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H).
- si l'adhérent est non salarié, des certificats d'arrêt de travail, ou de la notification d'attribution du versement de l'allocation adulte handicapée (AAH) de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H).
- si l'adhérent n'exerce aucune activité professionnelle au jour du sinistre, d'un certificat médical d'incapacité temporaire attestant son impossibilité absolue et reconnue médicalement d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

En cas de maternité, les adhérentes peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en état d'incapacité temporaire totale en raison d'une pathologie. Toutefois, le service des prestations sera suspendu pendant la durée légale du congé de maternité. Cette période de congé légal sera également appliquée aux adhérentes non salariées.

37.2 En cas d'invalidité permanente totale ou partielle

L'invalidité permanente de travail peut être partielle ou totale, mais elle doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'assureur.

A la date de consolidation de votre état de santé, le médecin conseil de l'assureur fixe votre taux d'invalidité sur la base des éléments suivants :

Un certificat du médecin traitant, adressé par l'adhérent sous pli confidentiel au médecin conseil de la mutuelle, constatant la consolidation de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, tels qu'ils ont été définis aux paragraphes de l'article 33 - DEFINITION DES GARANTIES et précisant l'origine de l'invalidité et la date à laquelle s'est déclarée l'affection ou est intervenu l'accident ayant entraîné l'invalidité, accompagné :

- Si l'adhérent est salarié, de la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité de 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie,
- De la notification d'attribution de la pension vieillesse, en cas de transformation de la pension d'invalidité pour inaptitude au travail,
- Si l'adhérent est non salarié, d'un certificat médical mensuel attestant la continuation de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle et l'impossibilité d'exercer son activité professionnelle,

- Si l'adhérent n'exerce aucune activité professionnelle au jour du sinistre - **UNIQUEMENT en cas d'« invalidité permanente totale »** -, d'un **certificat médical mensuel de son médecin traitant** attestant la consolidation de l'état d'invalidité permanente totale et attestant d'un taux d'incapacité fonctionnelle d'au moins 70%, fixé d'après le barème du « Concours Médical » en vigueur au jour du sinistre). Il pourra être pris en charge dans les conditions définies à l'article 36-3.

37.3 En cas de perte d'emploi indemnisée

En cas de perte d'emploi indemnisée, les pièces à fournir sont :

- la lettre de licenciement et le certificat de travail du dernier employeur ainsi que le contrat de travail et le certificat de travail correspondant à la situation existante à la date d'adhésion,
- l'avis d'admission au bénéfice de l'allocation chômage ou de formation délivré par le régime Pôle Emploi ou équivalent,
- les décomptes d'allocations chômage perçues du Pôle Emploi précisant le nombre de jours indemnisés depuis l'origine du chômage,
- une copie de l'attestation complétée par l'employeur et destinée au Pôle Emploi.
- l'attestation fiscale de l'année précédant le licenciement, pour les salariés à employeurs multiples,
- Toutes pièces jugées utiles par MUTLOG GARANTIES.

MUTLOG GARANTIES poursuit, sur présentation de justificatifs, le règlement des prestations lorsque l'adhérent reçoit de Pôle Emploi une Allocation de Solidarité ou lorsqu'il perçoit le Revenu de Solidarité Active (RSA), dès lors qu'il n'a repris aucune activité professionnelle.

37.4 En cas de décès accidentel :

- un acte de décès,
- un procès-verbal de gendarmerie ou de police attestant du caractère accidentel du décès et contenant les résultats des examens toxicologiques et/ou d'alcoolémie.
- tout autre document jugé utile par Mutlog.

Article 38– CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

38.1 Incapacité ou Invalidité 1^{ère} et 2^{ème} catégorie

Outre les cessations prévues aux articles 11 et 36 (§1; 2 et 3) des présentes conditions générales, le versement de la prestation incapacité ou invalidité partielle ou totale cesse en cas de reprise du travail à temps complet ou de constatation médicale d'aptitude à la reprise.

38.2 perte d'emploi indemnisée (PEI)

Le versement de la prestation PEI cesse :

- en cas de prise en charge au titre de la garantie incapacités de travail,
- en cas de modification du statut de l'assuré (ex : de salarié vers fonctionnaire)
- à la date de cessation du versement des allocations de chômage (ou, le cas échéant, des allocations de formation par le régime Pôle Emploi) ou équivalent,
- en cas de reprise d'activité salariée ou non salariée,
- au 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- en cas de retraite ou préretraite,
- à l'expiration de la durée maximale d'indemnisation,
- à la fin du prêt

38.3 En cas de décès accidentel

Au versement de la prestation due, telle que définie au paragraphe 36.6..

Article 39 – EXCLUSIONS

Ne peut ouvrir droit aux prestations décès accidentel, incapacités de travail, invalidité permanente, les atteintes corporelles (ou psychiques) résultant :

- de maladies ou de séquelles d'accident dont le fait générateur est antérieur à la date d'adhésion, sauf si elles ont été déclarées à la souscription et qu'elles n'ont pas fait l'objet d'exclusion particulière,

- d'un suicide survenu dans la première année de l'adhésion Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale de l'adhérent, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000€,
- d'une mutilation volontaire, quelle qu'en soit l'origine,
- de tout sinistre causé par l'adhérent, lors de la conduite d'un véhicule, lorsqu'est constaté chez l'adhérent conducteur, au moment de la survenance du sinistre, un taux d'alcoolémie supérieur ou égal à celui défini par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur dans le pays de survenance de l'accident pour conduire un véhicule,
- de tout sinistre causé par la conduite sans permis d'un véhicule pour lequel un permis de conduire est exigé, ou encore si l'adhérent est détenteur d'un permis expiré, annulé, révoqué ou suspendu.
- de l'utilisation de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement,
- directement ou indirectement du fait de guerre (civile ou étrangère), de rixes (sauf le cas de légitime défense ou/et l'accomplissement du devoir professionnel ou le cas de ceux qui prêtent assistance), d'attentats ou d'agressions où l'adhérent a eu une part active,
- de tout cataclysme,
- d'une manière générale des risques liés aux radiations émanant de réactions atomiques (telles que la fission ou fusion nucléaire), à l'exception de celles émanant du soleil,
- de la pratique de sports à titre professionnel ou de la participation à des compétitions sportives autres que celles de pur amateurisme (sauf rachat préalable de ce risque auprès de Mutlog Garanties).

Ne sont pas considérés comme un accident les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ainsi, ne sont pas considérés comme des accidents : Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les accidents et les hémorragies cérébraux.

Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

Ne peut ouvrir droit à la prestation incapacité temporaire totale:

- le congé légal de maternité.

Dans le cadre de la souscription de la garantie socle, ne peuvent ouvrir droit aux prestations incapacité temporaire totale/invalidité, les MNO suivantes

- sauf s'ils nécessitent une hospitalisation d'au moins 9 jours consécutifs, les affections neurologiques, psychiques ou psychiatriques (telles que névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique), les dépressions nerveuses et états anxiodépressifs,
- sauf s'ils nécessitent une intervention et/ou une hospitalisation d'au moins 9 jours consécutifs : les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lombo-sacralgies et les radiculalgies, (cependant, celles en rapport avec une fracture vertébrale jusqu'à consolidation de la fracture, celles d'origine tumorale, sont prises en charge).
- les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique

Est exclu de la garantie perte d'emploi indemnisée, le chômage survenant après :

- une faute grave privative de préavis et d'indemnités de licenciement, même si le Pôle Emploi accepte d'indemniser l'intéressé ou si celui-ci perçoit une indemnité transactionnelle de son ancien employeur,
- une démission, sauf si elle est indemnisée par le Pôle Emploi.
- un contrat à durée déterminée (CDD ou à durée temporaire), (sauf le cas du CDD visé à l'article 36-5 du présent règlement), un contrat d'intérim, une fin de chantier, sauf s'il fait suite à la rupture d'un contrat à durée indéterminée, par l'effet d'un licenciement,
- un licenciement ou une perte d'emploi non indemnisé par Pôle Emploi ou par l'Etat pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou des collectivités locales,
- une départ en retraite, préretraite ou mesure du Fonds National de l'Emploi (FNE) ou toute forme de cessation d'activité dont la réglementation en vigueur n'implique pas la recherche d'un nouvel emploi.

Dans tous les cas, la charge de la preuve de l'exclusion incombe à MUTLOG GARANTIES.