



75, quai de la Seine
75940 Paris Cedex 19
Tél : 01 44 89 80 91
MUTLOG - SIREN N°325 942 969
MUTLOG GARANTIES - SIREN N°384 253 605

Notice d'information des assurances délivrées par
MUTLOG SIREN n° 325 942 969
Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
et

MUTLOG Garanties SIREN n° 384 253 605
(Décès Accidentel – Incapacité Temporaire – Invalidité Permanente – Perte d'Emploi Indemnisée)

Mutuelles soumises au Livre II du Code de la Mutualité
(MUTLOG désigne, ci-après, l'une ou l'autre mutuelle, selon les cas)
OFFRE DU PRODUIT D'ASSURANCE
« ALTUS EVOLUTION »

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – OBJET DU CONTRAT

§1 - Objet de l'assurance

L'assurance a pour objet le paiement de tout ou partie des sommes dues par l'adhérent à l'établissement prêteur. Cette assurance constitue un accessoire du prêt. Elle intervient en cas de sinistre touchant la personne adhérente.

Sont assurables les prêts personnels, professionnels, immobiliers amortissables ou in fine, ainsi que les prêts relais inférieurs à 36 mois.

§2 - Garanties couvertes

Garanties socle :

Chaque adhérent doit au minimum souscrire la garantie décès et la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), en fonction de son âge à l'adhésion.

Par ailleurs, toute personne peut souscrire :

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

Ces garanties prennent en charge les maladies non objectivables (MNO) sous conditions définies au paragraphe 13 de la notice d'information.

Les personnes exerçant une activité professionnelle peuvent souscrire, en plus des garanties « Décès/PTIA, Incapacité, Invalidité », la perte d'emploi indemnisée (franchise 90 jours).

Garanties optionnelles :

- une garantie « doublement 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,

§3 - Quotité

La quotité assurée sert à calculer le montant de la cotisation et à déterminer le taux d'indemnisation.

Elle doit être de 100% lorsqu'une seule personne est assurée, quelle que soit la garantie souscrite.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées, la somme des quotités assurées doit au moins être égale à 100% pour chaque garantie. La quotité d'une garantie optionnelle souscrite par un adhérent doit être identique à la quotité de la garantie socle correspondante souscrite par ce même adhérent. La quotité « doublement décès accidentel » correspond à la quotité « décès ». Les quotités « Invalidité permanente partielle », « mi-temps thérapeutique » et « Maladies Non Objectivables sans condition » correspondent à la quotité « Incapacité Temporaire Totale ».

Dans tous les cas, la quotité assurée ne peut être supérieure à 100% par personne assurée et par garantie. La quotité garantie pour la perte d'emploi indemnisée doit être, pour chaque personne, identique à celle de l'incapacité temporaire totale.

Il est cependant admis qu'un des emprunteurs puisse ne pas être assurable en « perte d'emploi indemnisée », en raison de son statut professionnel ou de son âge.

Article 2 – DEFINITIONS DES TERMES DU CONTRAT

Lexique

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

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

Adhérent /Assuré : la personne physique, membre participant sur lequel repose le risque couvert, ayant la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution. Son âge, lors de sa demande d'adhésion, doit être :

- inférieur à 76 ans pour la garantie décès et décès accidentel (optionnel)
- inférieur à 66 ans pour la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
- inférieur à 61 ans pour la garantie perte d'emploi indemnisée
- inférieur à 65 ans pour la garantie incapacité temporaire/invalidité permanente.

Adhérent : assuré, qui a un droit de participation au fonctionnement de la mutuelle de façon directe ou indirecte, via son élection démocratique en tant que « délégué » en Assemblée Générale ou « administrateur » en Conseils d'Administration. L'adhérent est l'assuré de ce contrat.

Assureur : MUTLOG et MUTLOG GARANTIES, toutes deux désignées dans le corps du texte par « MUTLOG ».

Bénéficiaire : le bénéficiaire des prestations (sauf pour la garantie doublement décès accidentel) est l'adhérent, qui stipule auprès de MUTLOG, que la prestation sera versée directement au profit du prêteur, qui l'accepte, voire d'un tiers nommément désigné par l'adhérent, après accord de l'organisme prêteur.

En cas de décès doublement 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.

Doublement Décès Accidentel : versement d'un second capital égal au capital restant dû, corrigé de la quotité assurée, au bénéficiaire désigné par l'adhérent, en cas de décès de l'adhérent suite à un accident (cf lexique accident).

Encours : total des capitaux restant dus assurés par MUTLOG 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 - 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 Pôle Emploi. Pendant cette période, la garantie en cas d'incapacité temporaire totale ou de chômage est acquise à l'adhérent, mais n'ouvre pas encore droit au versement de la prestation garantie.

GIR 1 et 2 : état de dépendance totale d'une personne, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

GIR : groupe Iso Ressource ou **grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource) :** outil de mesure évaluant les degrés de dépendance, allant de GIR 6 (autonomie) à GIR 1 (dépendance totale).

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.

Paraphe de l'assuré

Paraphe du co-assuré

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.

Résident : l'assuré qui, à l'adhésion, vit et travaille en France Métropolitaine et/ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans un état membre de l'union européenne ou partie à l'espace économique européen, Andorre, Monaco et la Suisse.

Souscripteur : personne physique ou morale dont la résidence ou le siège social se situe en métropole ou dans les départements et région d'outre mer (DROM), dans un état membre de l'union européenne ou partie à l'espace économique européen, Andorre, Monaco et la Suisse.

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

Article 3 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT

§1 – Formalités générales à la souscription

Préalablement à la signature du contrat, il est remis à l'adhérent, une fiche standardisée d'information précontractuelle, un bulletin d'adhésion accompagné d'un mandat de prélèvement par prêt, de la présente notice d'information et des Conditions Générales 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 garantir et le choix des garanties retenues.
- l'acceptation de la souscription, concrétisée par la transmission du certificat d'adhésion par MUTLOG.

Si l'adhérent le souhaite, l'adhérent peut, sur simple demande auprès du « Service Relation Adhérents » de MUTLOG, recevoir un exemplaire des statuts et règlements mutualistes de MUTLOG et de MUTLOG Garanties par courrier. Ces documents sont consultables sur le site internet (www.mutlog.fr).

§2 – Formalités médicales à 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.

Cela comprend dans tous les cas un questionnaire médical simplifié qui doit dater de moins de 6 mois.

Lorsque le questionnaire médical simplifié comporte au moins une réponse positive, un questionnaire médical complet est exigé en plus du questionnaire médical simplifié, accompagné éventuellement de pièces médicales.

Le questionnaire médical simplifié et le questionnaire médical complet sont soumis à l'examen du médecin conseil de MUTLOG 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. Ces renseignements complémentaires restent à la charge de l'adhérent.

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 fixé à 250€ par personne et sur présentation des originaux des notes d'honoraires et de la facture du laboratoire d'analyse acquittées.

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

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

Paraphe de l'assuré

L'adhérent doit de son côté accepter expressément les réserves médicales et/ ou les surcotisations, en retournant son accord à MUTLOG sous quinzaine.

Article 4 – PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET DES GARANTIES

§1 – Prise d'effet du contrat

Sous réserve de l'acceptation du risque par MUTLOG et du paiement des cotisations, et sauf renonciation prévue à l'article 9, 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, la date d'effet du nouveau contrat d'assurance MUTLOG 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.

§2 – Prise d'effet des garanties

Sont garantis, dans les conditions détaillées ci-après, dès la date de prise d'effet du contrat :

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

La garantie Perte d'Emploi Indemnisée est soumise à un délai de carence.

§3- Délais de franchise

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 invalidité permanente totale du fait d'un accident ou d'une maladie, sans période préalable d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité 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 5 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent en tout état de cause aux âges suivants, selon le risque garanti.

► décès :

- au 80^{ème} anniversaire de l'adhérent (si l'âge à l'adhésion est inférieur à 66 ans), même si la durée du prêt assuré se poursuit au-delà.
- au 85^{ème} anniversaire de l'adhérent (si l'âge à l'adhésion est entre 66 et 75 ans), même si la durée du prêt assuré se poursuit au-delà.

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

► PTIA : au 70^{ème} anniversaire de l'adhérent, même si la durée du prêt assuré se poursuit au-delà.

► 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.

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 garantis,
- à la date d'expiration du prêt garanti ou à la date de remboursement anticipé, y compris par suite de déchéance du terme,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur,
- en cas de non-paiement des cotisations d'assurance,

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 MUTLOG, les garanties sont prorogées dans la limite d'une

Paraphe du co-assuré

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 maximaux de couverture.

Article 6 – DECLARATIONS A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE PRÊT

§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 MUTLOG d'apprécier le risque qu'elle va prendre à sa charge.

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

§2 – A tout moment

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.

Pièces à fournir au service souscription de MUTLOG 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 : CNAVTS, MSA, CNRACL, etc..) précisant la date de départ en retraite.
- renégociation en cours de prêt assuré chez Mutlog = 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).

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.

Article 7 - ADMISSION DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

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

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

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

Dans certains cas un écrêtement de la cotisation est possible (cf AERAS)

Article 8 - LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (GIS)

Dès lors que la garantie « incapacité temporaire totale/invalidité » du contrat MUTLOG est refusée, la GIS peut être proposée.

§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.

Elle s'adresse à tous les adhérents qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de la garantie « **invalidité permanente** » classique.

§ 2 - Octroi de la GIS

Elle 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'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés) et qui peut attester d'un taux d'incapacité professionnelle de 100% et d'une incapacité fonctionnelle supérieure à 70% (en référence au barème des pensions civiles et militaires).

§3 - Prise en charge

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.

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.

§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

§5 - Cotisation

Le tarif de cette garantie est égal à 100% du tarif «Incapacité temporaire totale/Invalidité» de base.

Article 9 - 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 MUTLOG. 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, à la notice d'information qui régit mon contrat d'assurance.

J'accepte par ailleurs que les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date d'envoi de cette lettre de renonciation. »

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, selon la réglementation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Mutlog accepte, dans les mêmes conditions que celles fixées par la réglementation, un délai de renonciation de 30 jours.

Article 10 – RESILIATION DU CONTRAT

§1 – Résiliation

a) A l'initiative de MUTLOG

MUTLOG procède à la résiliation du contrat en cas de non paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 26 ci-après.

Le contrat est annulé de plein droit en cas de dénonciation par MUTLOG, opérée en application des dispositions de l'article 11 ci-après.

b) A l'initiative de l'adhérent

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 (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.

La résiliation de la garantie prend effet à la date de l'évènement correspondant. MUTLOG 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.

§2– Effet de la résiliation du contrat

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

Article 11 – NULLITE DE L'ADHESION

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, MUTLOG se réserve le droit d'en solliciter le remboursement auprès de l'emprunteur ou, en cas de décès ou PTIA, auprès des héritiers ou des ayants droits. En tout état de cause, les cotisations versées par cet adhérent restent acquises à MUTLOG.

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

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

CHAPITRE II – PRESTATIONS GARANTIES

Section 1 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS GARANTIES

Article 12 – MODALITES DE PRISE EN CHARGE

§1 - Secret médical

MUTLOG garantit la confidentialité des données à caractère médical qui sont transmises à son médecin conseil.

§2 - Pièces à fournir dans tous les cas

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

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,
- 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.

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

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

§3 - Versement des prestations

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

Dans le cadre de la garantie « doublement 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 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.

§4- 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 au prêteur ne peut excéder le montant :

- du capital restant dû, en cas de décès/PTIA,
- de l'échéance du prêt garanti, en cas d'incapacité temporaire totale/invalidité permanente (voire GIS) ou/et de perte d'emploi indemnisée.

Article 13 – RISQUES EXCLUS :

Ne peuvent ouvrir droit aux prestations décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité permanente et « doublement décès accidentel », les atteintes corporelles (ou psychiques) et/ou le décès 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).

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 22-3 de la présente notice d'information), 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.

Article 14 - DECLARATION TARDIVE- PRESCRIPTION-

§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.

§2 - Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente notice d'information, 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 10 ans en cas de décès et par 2 ans pour les autres garanties.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où MUTLOG en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Article 15 – CONTRÔLE ET CONTESTATION

§1 – Contrôle sur tout type de sinistre

Sur tout type de sinistre, le médecin conseil de MUTLOG peut, à tout moment, faire procéder aux contrôles qu'il juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du versement des prestations.

Au moment de la demande de prestations ou lors de la continuation de celles-ci, le médecin conseil de MUTLOG 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.

Le contrat peut même être résilié de plein droit après sinistre par l'assureur.

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

§2 – Contestation sur tout type de sinistre

En cas de contestation des décisions prises par le médecin conseil de MUTLOG, 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 MUTLOG. Le tiers expert est désigné en accord avec les médecins représentant l'adhérent et le médecin conseil de MUTLOG.

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 MUTLOG et ceux du tiers expert sont à la charge de MUTLOG.

Toutefois, si le tiers expert confirme la décision du médecin conseil de MUTLOG 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.

§3 - Réclamation

Toute information complémentaire ou réponse à une réclamation relative à une adhésion et aux événements qui découlent de son application, est fournie par le « Service Relations Adhérents » de MUTLOG, **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.

Si après son intervention, 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 15^{ème})). Le recours à cette personnalité indépendante est gratuit et les conditions d'accès sont communiquées par MUTLOG sur simple demande. Il rend un avis motivé dans les 6 mois maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. MUTLOG s'engage à respecter l'avis du médiateur.

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

Section 2 – DEFINITION DES GARANTIES – CONDITIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE -

Article 16 – DEFINITIONS DU DECES/PTIA/DOUBLEMENT DECÈS ACCIDENTEL

Décès : Il se définit comme l'état d'un organisme biologique ayant cessé de vivre, c'est-à-dire, ayant subi une rupture définitive dans la cohérence des processus vitaux.

Il se caractérise par un acte de décès officiel rédigé à la Mairie du lieu où le décès s'est produit, sur les registres de l'état civil.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Est considéré comme frappé de perte totale et irréversible d'autonomie, l'adhérent salarié qui présente, après consolidation, une invalidité réduisant des deux tiers sa capacité de travail et est classé dans la troisième catégorie d'invalidité ou dans le groupe 1 ou 2 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources), c'est-à-dire incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

Si l'adhérent n'est pas salarié, son état doit correspondre à une invalidité 3^{ème} catégorie, ou à un classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR.

Doublement décès accidentel :

Est considéré comme accidentel, le 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.

L'assurance décès, le doublement décès accidentel ou la perte totale et irréversible d'autonomie, hormis les cas cités à l'article 13, est exempte de toute restriction concernant la cause et le lieu du sinistre.

Article 17 – SERVICE DE LA PRESTATION DECES-PTIA

> La prestation décès – PTIA se traduit par le versement du capital restant dû, - objet du contrat - au premier jour du mois du décès ou de la reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, corrigé de la quotité assurée pour l'adhérent décédé ou invalide.

> La prestation « doublement décès accidentel » se traduit par le versement au bénéficiaire désigné par l'adhérent -via le notaire en charge de la succession- en cas de décès accidentel, d'un second capital égal au capital restant dû, identique à celui réglé au prêteur au titre de la garantie décès.

Ce capital 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 18 – DEFINITION DE L' INCAPACITE /INVALIDITE

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

§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.

§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%

§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 garantissant, 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.

§4 - Les Maladies Non Objectivables (MNO) sans condition

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.

Dans le cadre de cette option, si elle est souscrite, sont garantis :

- sans condition d'hospitalisation, les affections neurologiques, psychiques ou psychiatriques (telles que névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique), les dépressions nerveuses et états anxiodépressifs,
- sans condition d'intervention et/ou d'hospitalisation, les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lombo-sacralgies et les radiculalgies,
- les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique

Article 19 – SERVICE DE LA PRESTATION INCAPACITE /INVALIDITE

§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, arrêlée 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 :

- 70^{ème} 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.

§2 - Invalidité permanente partielle

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 :

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

§3 - Invalidité permanente totale

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 :

- 70^{ème} 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.

Article 20 – NOUVELLE INCAPACITE

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 20, §2), mentionnée sur le certificat médical.

Après reprise de 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.

Article 21 - CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION INCAPACITE

Outre les cessations prévues aux articles 5 et 19 (§1; 2 et 3) de la présente notice d'information, le versement de la prestation incapacité partielle ou totale cesse en cas de reprise du travail à temps complet ou de constatation médicale d'aptitude à la reprise.

Article 22 - PERTE D'EMPLOI INDEMNISEE (PEI) CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUES

§1 - Définition de la garantie perte d'emploi indemnisée

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 13 et 22 §2 de la présente notice d'information et dans le respect de leur stricte application.

§2 - La population concernée

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.

§3 - Délais de carence pour la perte d'emploi indemnisée (PEI)

a) 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, seule est garantie la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à une notification (lettre de licenciement, lettre de démission ou rupture conventionnelle) intervenue postérieurement à un délai d'au moins 3 mois ininterrompus suivant la date de prise d'effet de la garantie,

b) 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, seule est garantie la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à une notification (lettre de licenciement, lettre de démission ou rupture conventionnelle) postérieure à un délai d'au moins 9 mois ininterrompus suivant la date de prise d'effet de la garantie.

c) Après un changement volontaire d'employeur, seule est garantie la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à une notification (lettre de licenciement, lettre de démission ou rupture conventionnelle) intervenue postérieurement à la période d'essai et à un délai d'au moins 3 mois suivant la date d'effet du nouveau contrat de travail.

§4 - En cas de changement de régime d'indemnisation

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

§5 - En cas de nouvelle période de chômage

Après une première ouverture des droits à indemnisation, toute nouvelle période de chômage est prise en charge dans les conditions suivantes et dans les limites énoncées aux articles 23 et 24 :

- cas de chômage 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 chômage 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 le Pôle Emploi. Pendant ce délai, aucune prestation n'est due.
- cas du chômage dû 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 du chômage 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.

Article 23 – SERVICE DE LA PRESTATION 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)

Article 24 – CESSATION DE LA PRESTATION 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'adhérent (ex : de salarié vers fonctionnaire),
- à la date de cessation du versement des allocations de chômage (ou, le cas échéant, des allocations de formation Pôle Emploi),
- en cas de reprise d'activité salariée ou non salariée,
- à l'expiration de la durée maximale d'indemnisation,
- au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- en cas de fin de prêt,
- en cas de retraite ou préretraite.

CHAPITRE III - COTISATIONS

Article 25 – PAIEMENT DE LA COTISATION

§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 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 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 sont refacturés à l'adhérent par MUTLOG.

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 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 garanti cesse ou lorsque l'adhérent atteint pour la garantie et ce, même si la durée du prêt assuré se poursuit au-delà. :

► décès:

- le 80^{ème} anniversaire de l'adhérent (si l'âge à l'adhésion est inférieur à 66 ans),
- le 85^{ème} anniversaire de l'adhérent (si l'âge à l'adhésion est entre 66 et 75 ans).

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

► **PTIA** : au 70^{ème} anniversaire de l'adhérent,

► **incapacité de travail/invalidité partielle ou totale** son 70^{ème} anniversaire, ou lorsqu'il part en retraite ou en préretraite.

► **perte d'emploi indemnisée**, son 65^{ème} anniversaire ou le départ en retraite ou en préretraite.

§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 26 – NON PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, MUTLOG 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.

CHAPITRE IV – MODALITES DE GESTION

Article 27 - DISPOSITIONS DIVERSES

§ 1- Information

Par sa souscription au contrat d'assurance, l'emprunteur est aussi adhérent Mutlog, structure mutualiste, et à ce titre, a accès aux règlements et aux statuts de sa mutuelle sur le site ci-après : www.mutlog.fr

§ 2 – Taxes

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

§ 3- Loi informatique et libertés

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

§ 3- Loi informatique et libertés

Les informations concernant l'adhérent sont destinées à Mutlog et lui sont nécessaires pour assurer la gestion et le suivi de ses adhésions. Elles peuvent être utilisées, sauf opposition de leur part, à des fins de sollicitations commerciales. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et la lutte contre la fraude.

L'adhérent, ou le cas échéant les ayants-droit, peut s'opposer pour des motifs légitimes à l'hébergement de ses données de santé.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 06/08/2004 modifiant la Loi n°78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants-droit, dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes ; d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de rectification avec la possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller, d'un droit de modification et de suppression des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au « service relation adhérent » de Mutlog.

Conformément au règlement (UE) du parlement européen et du conseil du 27/04/2016, l'adhérent à un droit de portabilité de ses données (droit de recevoir ou de faire transférer ses données à caractère personnel dans un format utilisable).

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant ou, le cas échéant, aux ayants-droit, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L1111-7 du Code de Santé Publique

§ 4 – La 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 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).

L'assuré doit résider en France Métropolitaine et/ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans un état membre de l'union européenne ou partie à l'espace économique européen, Andorre, Monaco et la Suisse. –

Si, lors de la souscription, le candidat à l'assurance réside ou travaille hors des pays mentionnés ci-dessus au premier paragraphe, quelle que soit la durée, un questionnaire « risque de séjour à l'étranger » devra être complété au préalable, pour étude.

Territorialité des garanties

Les garanties s'exercent dans tous les pays du monde sous réserve de la production des justificatifs visés aux articles 12-2 ; 17 ; 20 et 24 (pièces nécessaires au déblocage des prestations). Si l'Assureur 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 l'Assureur sur le sol français, restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont pris en charge par ce dernier.

CHAPITRE V – LES PLUS SOLIDAIRES

Article 28 – EXONERATION DE COTISATION

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

Article 29 – ACCOMPAGNEMENT RETOUR EMPLOI (ARE) LIEE A LA PRESTATION PEI -

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

Cette prestation ne s'applique pas pendant la période de différé d'amortissement.

Elle s'établit comme 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, entre le 13^{ème} et le 24 mois à compter de la notification par l'employeur du licenciement.

Le montant maximal versé, sur toute la durée de l'assurance, 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.

Article 30 – ACCOMPAGNEMENT CREATION D'ENTREPRISE (ACE) LIEE A LA PRESTATION PEI -

Si l'adhérent passe d'une indemnisation par Pôle Emploi à un dispositif de « création d'entreprise », soutenu par ledit Pôle Emploi, MUTLOG versera à l'adhérent - si celui-ci a contracté une assurance 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 la prestation ARE.

Article 31 – AIDE AUX ASSURES ACCOMPAGNANT UNE PERSONNE EN FIN DE VIE

Les adhérents justifiant d'une allocation journalière prévue par la loi 2010-209, bénéficieront d'une allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie d'un montant maximum d'une mensualité du prêt assuré, corrigée de la quotité assurée.

Cette allocation sera versée sur la base d'un justificatif de droit à perception de l'allocation journalière d'accompagnement, délivrée par le régime d'assurance maladie.

La qualité d'aidant pour être reconnue devra répondre à la définition légale figurant dans la loi du 2 mars 2010.

Cette prestation sera cumulable avec une éventuelle prestation due à la personne en fin de vie, justifiant d'une couverture de MUTLOG.

Article 32 – FONDS D'ENTRAIDE

Un fonds d'entraide est constitué, pour intervenir ponctuellement, lors de la survenance d'un événement familial ou professionnel, qui met en péril l'équilibre du budget familial.

Cette intervention constitue un moyen mis à la disposition des adhérents de MUTLOG, afin d'aider des familles momentanément en difficulté. Un Comité de gestion 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.

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

Fait le à
Signature