



l'homme au cœur du logement

Groupe Matmut

75 Quai de la Seine • 75940 Paris Cedex 19
Tél : 01 44 89 80 91 - Télécopie : 01 40 37 77 10
www.mutlog.fr

OFFRE DU PRODUIT D'ASSURANCE « ALTUS EVOLUTION 2.0 »



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

et
MUTLOG Garanties SIREN n° 384 253 605
(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 2.0 »

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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. Chacune de ces catégories de prêt correspond à un tarif, un mode de sélection médicale, voire des garanties adaptées.

§2 - Garanties couvertes

Garanties socles :

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 à l'article 13 de la présente Notice.

Si l'adhérent souscrit aux garanties ITT/IPT, il peut bénéficier sous condition de la garantie « temps partiel thérapeutique » (TPT)

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 « supplément 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 (hors Loi Lemoine) ou 180 jours,
- La garantie invalidité permanente partielle (IPPI),
- 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 « supplément décès accidentel » correspond à la quotité « décès ». Les quotités « Invalidité permanente partielle », 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 – 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'adhérent est victime après la date d'effet et pendant la durée de l'adhésion.

Ne sont pas considérés comme un accident les affections organiques, connues ou non, dès lors que leur origine 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 attaques et les hémorragies cérébrales.

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.

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

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

- Inférieur à 76 ans pour la garantie décès et supplément décès accidentel
- 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.

L'adhérent 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.

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.

Assureur : MUTLOG (DC/PTIA) et MUTLOG GARANTIES (IT/IP/PEI), toutes deux désignées dans le corps du texte par « MUTLOG ».

Bénéficiaire : Le bénéficiaire des prestations (sauf pour la garantie supplément 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 supplément 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 : Etat de santé non susceptible d'amélioration 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 pour un même adhérent.

Forfaitaire : Modalité de prise en charge choisie par MUTLOG dans ce contrat, elle 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. [Elle s'oppose à une prise en charge « Indemnitaire », des échéances de prêt liée à une perte de revenu. Modalité non retenue par MUTLOG]

Franchise : Délai courant à partir du premier jour de l'indemnisation par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de protection sociale de base 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 garantie.

GIR 1 et 2 : Etat de dépendance totale d'une personne, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Les activités de la vie courante sont : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, se déplacer à l'intérieur comme à l'extérieur.

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).

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.

Réclamation : Toute déclaration sous quelque forme que ce soit (lettre, courriel, téléphone..) faisant état d'un mécontentement ou d'un préjudice ressenti.

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

Reserves médicales : Clause du contrat d'assurance par laquelle la mutuelle écarte de sa garantie certaines situations évoquées dans le questionnaire médical ou types de pathologie.

Résident : L'adhérent 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.

Sinistre : C'est la réalisation d'un événement prévu au contrat et susceptible d'entraîner la prise en charge financière du dommage par la mutuelle.

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.

Sport à titre professionnel : Si l'adhérent vit exclusivement ou non des revenus issus de sa pratique sportive.

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, la présente Notice d'Information valant Règlement Mutualiste.

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.

L'adhérent peut, sur simple demande auprès du « Service Relation Adhérents » de MUTLOG, recevoir un exemplaire des statuts de MUTLOG et de MUTLOG Garanties par courrier.

Ce document est consultable sur le site internet : www.mutlog.fr.

§2 - Formalités médicales à la souscription

A compter du 1er juin 2022, pour les prêts immobiliers visés au 1 de l'article L313-1 du code de la consommation, n'excédant pas (encours confondu) 200 000 € par adhérent et par quotité assurée et arrivant à échéance avant les 60 ans de l'adhérent, aucune formalité médicale n'est requise.

Nous attirons votre attention cependant sur le fait que la déclaration de votre encours à la souscription est déterminant pour la suite donnée à votre contrat. Ainsi, en cas de fausse déclaration sur l'encours mentionné n'ayant pas permis à MUTLOG d'appliquer les formalités médicales voulues, votre assurance sera immédiatement annulée, conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité.

En dehors de ce cadre réglementaire, en fonction de l'âge et du montant de l'encours assuré, toute personne assurable devra satisfaire aux formalités médicales demandées par la mutuelle.

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

De plus, 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, voire compléter un questionnaire financier. 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. Les frais sont remboursés par la mutuelle, après admission dans l'assurance, dans la limite d'un plafond/examen 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, 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.

L'adhérent doit de son côté accepter expressément les réserves 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 supplément décès accidentel
- La PTIA

- L'incapacité temporaire totale de travail,
- 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 de travail est garantie à l'issue d'une période de 30 jours (hors Loi Lemoine), 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 ou d'incapacité permanente partielle, aucune franchise n'est appliquée.

La prestation perte d'emploi indemnisée, est garantie, sauf stipulation contraire prévue aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion, 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.

- Supplément 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 de travail et invalidité permanente : A 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 intentionnelle (L221-14 du Code de la Mutualité) lors de l'adhésion,
- A la date de renonciation aux prêts destinés à être garantis,
- A 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 non-respect des conditions prévues à l'article 6

(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 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

MUTLOG attire l'attention sur le fait que 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.

Dans le cas contraire il s'expose aux sanctions de l'article 11.

Par ailleurs, l'adhérent s'engage, conformément à la loi, à informer MUTLOG, 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.

§2 - A tout moment

L'adhérent devra impérativement informer MUTLOG par tout moyen à sa convenance, de toute modification des conditions initiales de sa souscription, que cette modification porte sur ses informations personnelles (adresse, Relevé d'Identité Bancaire...), comme sur les caractéristiques de l'opération de crédit (vente du bien objet du prêt, modification de la nature de ce prêt en prêt personnel...), ou ses modalités de financement (montant, durée...).

Ces modifications peuvent générer un avenant au certificat d'adhésion initial, voire une résiliation de contrat (en cas de vente du bien objet du prêt).

Pièces à transmettre (notamment) 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 au-delà de 4 mois après l'édition du certificat d'adhésion = Un nouveau tableau d'amortissement, accompagné, d'un nouveau questionnaire de santé.
- Modification de l'objet du crédit = Accord de la banque

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

Pièces à fournir dans tous les cas :

La (ou les) copie(s) de(s) pièce(s) d'identité en cours de validité, recto verso (à noter que le permis de conduire n'est pas recevable en l'espèce).

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 réserve 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 étalement de la cotisation est possible :

www.aeras-infos.fr

En cas de contestation, la commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles adressées par les candidats emprunteurs. Elle favorise la recherche d'un règlement amiable des dossiers dont elle est saisie. La commission de la Médiation AERAS, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 8 - LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE (GIS)

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

§1 - Définition

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (GIS) est proposée sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Permanente Partielle ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option. Un Candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 70 ans, sous réserve d'un classement en 2ème ou 3ème catégorie par la sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70% apprécié par le Médecin-Conseil de la Mutuelle suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de polyopathologies. Pour plus d'information sur cette garantie, vous pouvez consulter le site : www.aeras-infos.fr

§2 - Pièces à fournir

L'octroi de la GIS est étudiée sur la base de la production d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème 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) 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 - Cessation de la GIS

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

§4 - Cotisation

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

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, et à la Notice d'Information valant Règlement Mutualiste qui régit mon contrat d'assurance, ainsi qu'à l'article L223.8 du Code de la Mutualité, à la notice d'information valant Règlement Mutualiste 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.

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."

A titre dérogatoire MUTLOG accepte de porter ce délai de renonciation à 30 jours.

ARTICLE 10 – RESILIATION DU CONTRAT

§1 - Résiliation

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 29 ci-après.
- En cas de violation des lois ou des règlements, si cette violation constitue un crime ou un délit intentionnel ;
- En cas de fraude révélée en cours de vie du contrat et notamment à l'occasion du versement des prestations.

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 droit.

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

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

A l'initiative de l'adhérent

A compter du 1er juin 2022 pour les nouveaux contrats et du 1er septembre pour l'encours en portefeuille chez MUTLOG, en application de l'article 1 – Titre 1er de la Loi n°2022-270 du 28/02/2022, l'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion au contrat d'assurance emprunteur, à tout moment durant la vie de son contrat, soit par lettre, soit sur tout support durable.

MUTLOG procédera à la résiliation dudit contrat, à l'appui de l'accord du prêteur. Le contrat en substitution doit respecter les critères d'équivalence de garantie exigée par le prêteur.

En cas de refus motivé par le prêteur, l'adhésion au contrat d'assurance n'est pas résiliée.

Jusqu'à ces deux dates, les conditions de résiliation antérieures, issues de la Loi Hamon (demande de résiliation dans les 15 jours précédant le terme des douze premiers mois d'assurance) et de l'amendement Bourquin (demande de résiliation deux mois avant la date anniversaire du contrat) s'appliquent.

La résiliation de la garantie prend effet à la date de l'évènement correspondant. MUTLOG doit rembourser à l'adhérent 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 réserve médicale ou/et majoration) du contrat sous réserve de l'accord de l'adhérent ou résilier celui-ci, en cas de refus.

En cas de non-respect par l'adhérent du paragraphe 1 de l'article 6, la nullité du contrat pourra être prononcée à l'encontre de l'adhérent.

En cas de non-respect du paragraphe 2 de l'article 6, sur le point relatif aux modifications des caractéristiques du crédit, la déchéance de garantie pourra être prononcée à l'encontre de l'adhérent. Celui-ci perdra alors son droit à invoquer la mise en jeu d'une garantie prévu par le contrat.

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 carte nationale d'identité (adhérent/co-adhérent ou ayant-droit)
- 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,
- Un relevé de carrière pour les personnes sans activité,
- 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 supplément décès accidentel) sont versées à l'établissement prêteur, sauf convention contraire expressément formulée par ce dernier auprès de MUTLOG.

La prestation dans le cadre de la garantie supplément décès accidentel est versée au bénéficiaire désigné par l'adhérent lors de la souscription du contrat via le formulaire déclaratif.

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 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 de travail/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 de travail, invalidité permanente, et <supplément décès accidentel>, les atteintes corporelles (ou psychiques) et/ou le décès résultant :

- Hors la Loi Lemoine, 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 peut ouvrir droit aux prestations incapacités de travail ou invalidité :
- Le congé légal de maternité,
 - Une incapacité de travail ou une invalidité de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie (selon la définition de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé) existante à la date d'effet de l'adhésion, ainsi que les suites, conséquences et rechutes liées à la pathologie ayant entraîné l'attribution d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, pour les adhésions réalisées sans questionnaire de santé.

Dans le cadre de la souscription de la garantie socle, ne peuvent ouvrir droit aux prestations incapacité temporaire de travail/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,
- 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, celles qui nécessitent une intervention et/ou une hospitalisation d'au moins 9 jours consécutifs, 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 24-5 de la présente Notice), 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 indemnisés par le Pôle Emploi ou par l'Etat pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou des collectivités locales,
 - Un 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 du régime social de base.

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

§2 - Prescription

Paraphe de l'assuré

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente Notice d'Information valant Règlement Mutualiste, 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 la MUTLOG en a eu connaissance ;
- 2 - En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (une citation en justice, une assignation, un commandement, la reconnaissance que le débiteur fait du droit de celui contre lequel il prescrivait) 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, 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 la mutuelle. L'attention de l'adhérent est attirée sur l'absence de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base à adhésion obligatoire et celles de la mutuelle.

§2 - Arbitrage sur tout type de sinistre

L'adhérent peut demander un arbitrage concernant la décision rendue par le médecin conseil de la Mutuelle. 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 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 10 jours ouvrés, à compter de la date de réception chez MUTLOG de la demande écrite ou orale.**

L'adresse mail pour une réclamation est la suivante : reclamation@mutlog.fr Si la réclamation n'a pu être traitée dans ce délai, MUTLOG s'engage à apporter une réponse sous deux mois maximum.

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 15ème]). Le recours à cette personnalité indépendante est gratuit et les conditions d'accès sont communiquées par MUTLOG dans son courrier de réponse et sur simple demande. Il rend un avis motivé dans les 90 jours maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. MUTLOG s'engage à respecter l'avis du médiateur, **si aucune procédure judiciaire n'est en cours ou si aucun jugement n'a été rendu dans l'intervalle.** L'adhérent peut aussi contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution [ACPR - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 [Paris 9ème]], en charge de protéger les adhérents.

Section 2 – DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

- CONDITIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE

ARTICLE 16 – DEFINITION DES PRESTATIONS EN CAS DE DECES OU EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE ET DE SUPPLEMENT DECES 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

Paraphe du co-assuré

2 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources), c'est-à-dire incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et nécessitant 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 3ème catégorie, ou à un classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR.

Supplément 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'adhérent 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 supplément décès accidentel ou la perte totale et irréversible d'autonomie, hormis les cas cités à l'article 13, sont exempts de toute restriction concernant la cause et le lieu du sinistre.

ARTICLE 17 – PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE DECES-PTIA

En cas de décès :

- Un acte de décès,
- Un rapport médical (cette pièce sera adressée aux ayants droit pour être complétée par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès et sera retournée sous pli confidentiel au médecin conseil de MUTLOG).
- 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.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- Un rapport médical détaillé du médecin traitant de l'adhérent (salarié ou non salarié) est adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de MUTLOG, constatant que la perte totale et irréversible d'autonomie répond aux critères de la Sécurité Sociale, tels que définis à l'article 16 et précisant son origine, la date à laquelle s'est déclarée l'affection ou la date de l'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie, la date de consolidation, accompagnés :
- Si l'adhérent est salarié, de la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie, ou d'une attestation de classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources).
- Si l'adhérent n'est pas salarié, d'un certificat médical attestant que son état correspond à une invalidité de 3^{ème} catégorie (définition Sécurité Sociale, c'est-à-dire nécessitant l'assistance d'une tierce personne) ou à un classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR.
- En cas de classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources), d'un certificat médical indiquant la nécessité d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

ARTICLE 18 – SERVICE DE LA PRESTATION DECES-PTIA

La prestation décès – PTIA se traduit par le versement du capital restant dû, en vigueur (selon le Tableau d'Amortissement de la banque), - 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 « supplément 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 à 25% du capital restant dû 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 19 – DEFINITION DES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITE

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

§1 - 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.

§2- 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 effectuée à partir du barème croisant l'incapacité fonctionnelle (le taux d'invalidité fonctionnelle est

		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%

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 garantie, 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.

§3 - 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), à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis, temporairement contraint d'observer un repos complet, avec impossibilité de sortir de chez lui et obligé d'interrompre toutes ses occupations de la vie quotidienne [cette incapacité doit l'empêcher d'assurer cumulativement : Travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles]. L'Incapacité doit être temporaire, complète et continue.

§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 20 – PIÈCES A FOURNIR EN CAS D'INCAPACITE OU D'INVALIDITE

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

§1 - 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 la mutuelle.

A la date de consolidation de votre état de santé, le médecin conseil de la mutuelle 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 19 - DEFINITION DES PRESTATIONS 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 21-2.

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.

§2- En cas d'incapacité temporaire totale

Un certificat médical précisant l'affection ayant entraîné l'incapacité de travail ainsi que la date de la première constatation, doit être adressé à

Paraphe de l'assuré

Paraphe du co-assuré

MUTLOG 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 d'incapacité temporaire attestant l'obligation d'observer un repos complet, avec impossibilité de sortir de chez lui et l'obligation d'interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles etc..).

En cas de maternité, les adhérentes peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en état d'incapacité de travail 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.

ARTICLE 21 – SERVICE DE LA PRESTATION INCAPACITE

§1 - 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 :

- **70ème anniversaire de l'adhérent**
- Retraite ou préretraite
- Fin du prêt.

§2 – 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 :

- **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 **70ème anniversaire de l'adhérent**.

§3 - 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 (hors Loi Lemoine), 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.

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 12 mois par sinistre. Une rechute n'étant pas considérée comme un nouveau sinistre. 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, jusqu'à la première des dates suivantes :

- **70ème anniversaire de l'adhérent**
- Retraite ou préretraite
- Fin du prêt.

ARTICLE 22 – NOUVELLE INCAPACITE

En cas de nouvel arrêt de travail, l'indemnisation reprend dès le 1er 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 1er 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.

Dans ce contexte précis, cette nouvelle interruption n'est pas considérée comme un nouveau sinistre.

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

ARTICLE 23 - CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION INCAPACITE

Outre les cessations prévues aux articles 5 et 21 (§1; 2 et 3) de la présente Notice d'Information valant Règlement Mutualiste, 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 24 - 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 indemnisée 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 24 §2 de la présente Notice d'Information valant Règlement Mutualiste et dans le respect de leur stricte application.

La garantie PEI ne se rajoute pas en cours de prêt.

§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 période de chômage technique, 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)

§4 En cas de changement de régime d'indemnisation

Si l'adhérent passe d'une indemnisation par le Pôle Emploi au titre du chômage 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.

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, 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.

§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 26 et 27 :

- 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 de 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 le Pôle Emploi.
- Cas de 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 le Pôle Emploi.

ARTICLE 25 – PIECES A FOURNIR EN CAS DE PEI

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

MUTLOG poursuit, sur présentation de justificatifs, le règlement des prestations lorsque l'adhérent reçoit du 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.

ARTICLE 26 – 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 le 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 27 – 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),
- A la date de cessation du versement des allocations de chômage (ou, le cas échéant, des allocations de formation par le régime UNEDIC - Pôle Emploi) ou équivalent,
- En cas de reprise d'activité salariée ou non salariée,
- A 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 28 – PAIEMENT DE LA COTISATION

§1 Règlement de la cotisation

La cotisation est calculée :

- Soit sur le capital initial emprunté,
- Soit sur le capital restant dû et l'âge atteint chaque année, selon le choix fait à la souscription et pour l'entière durée du prêt.

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 prélevée, selon le choix de l'adhérent, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Les montants des cotisations figurent dans l'échéancier accompagnant votre certificat d'adhésion. Ces montants sont définis pour la durée totale du contrat et ne peuvent être révisés que lors d'une demande de modification de votre part (remboursement anticipé partiel, renégociation de votre prêt, ...) ou lors d'une évolution fiscale.

Le taux de cotisation à la garantie PEI peut être révisable au plus tôt à l'issue de la 3ème année de la vie du contrat.

Cette révision éventuelle du taux 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 du taux 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 80ème anniversaire de l'adhérent (si l'âge à l'adhésion est inférieur à 66 ans), le 85ème anniversaire de l'adhérent (si l'âge à l'adhésion est entre 66 et 75 ans),
- **Supplément décès accidentel (optionnel)** : Le 80ème anniversaire de l'adhérent.
- **PTIA** : Le 70ème anniversaire de l'adhérent,
- **Incapacités de travail/invalidité partielle ou totale** : Le 70ème anniversaire de l'adhérent, ou lorsqu'il part en retraite ou en préretraite.
- **Perte d'emploi indemnisée** : Le 65ème anniversaire de l'adhérent 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 5 ans, 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.

Si l'adhérent a choisi une cotisation calculée sur le capital restant dû, la cotisation sera calculée sur le capital restant dû après remboursement

anticipé partiel.

ARTICLE 29 – NON PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée vous informant, conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, que le contrat sera résilié 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation est toujours impayée à l'issue de ce délai.

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

CHAPITRE IV - MODALITES DE GESTION

ARTICLE 30 – 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 - Frais et Taxes

La souscription est soumise à des frais d'adhésion fixés à 20€ par tête et par dossier enregistré à l'hébergement de ses données de santé.

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

§ 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 des 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, en adressant sa demande par courrier ou par courriel à : service.souscription@mutlog.fr

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. Vous disposez également du droit de déposer une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 paris Cedex 07.

§ 4 - La fraude

L'intérêt légitime de MUTLOG justifie la mise en œuvre d'un dispositif de traitement de données à caractère personnel strictement nécessaire à des fins de prévention contre la fraude à l'assurance (prévenir, détecter ou gérer toute opération, acte ou omission présentant un risque de fraude) pouvant conduire à :

- Votre inscription ainsi que celle de toute personne physique ou morale intéressée sur une liste de personnes physiques ou morales présentant un risque de fraude, cette inscription pouvant avoir pour effet :

- 1- D'allonger le délai de traitement de votre demande,
- 2- La réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation ou d'un service (déchéance des garanties) résultant du contrat souscrit,
- 3 - La nullité du contrat souscrit,
- 4 - Le refus de souscription/d'adhésion à un contrat.

Les dites données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription,

- Ce que vos données personnelles (ou celles de toute personne physique ou morale intéressée) soient :

- 1- Collectées et/ou traitées par toute personne habilitée intervenant dans la lutte contre la fraude, soit au sein de la Compagnie, d'une des sociétés du Groupe de la Compagnie, d'un prestataire de services intervenant dans le cadre de missions déléguées de lutte contre la fraude, afin
 - a) D'analyser, de détecter, de gérer des anomalies, incohérences ou signalement pouvant être constitutifs d'une fraude,
 - b) De gérer les procédures amiables, contentieuses ou disciplinaires en cas de fraude,
- 2- Transmises par le responsable de la cellule anti-fraude à toute personne habilitée intervenant au sein des organismes concernés par la lutte contre la fraude :

- a) D'autres compagnies ou mutuelles d'assurance, réassureurs ou intermédiaires d'assurance intervenant dans le cadre d'autres garanties,
- b) Tous organismes sociaux (notamment CPAM - Urssaf - Pôle Emploi - CAF), l'Administration fiscale ou tout organisme professionnel (Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance (Alfa) ou l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance (Agira) - toute autorité de marché (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)) - l'Autorité des Marchés Financiers (AMF)),
- c) Toute autorité judiciaire, médiateurs de l'assurance ou autre, arbitres, tout auxiliaire de justice (dont les Huissiers de Justice et les Avocats), tout officier ministériel (dont les Notaires),

- d) Tout organisme autorisé par une disposition légale (tout Comité Opérationnel Départemental Anti-Fraude (Codaf)) et, le cas échéant,
- e) Les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants (dont les associations de victime et leurs avocats)".

Ces traitements incluant ces transmissions de vos données à caractère personnel (ou celles de toute personne physique ou morale intéressée) sont nécessaires aux fins de constatations, de l'exercice ou de la défense d'un droit en justice, que ce soit dans le cadre d'une protection judiciaire, administrative ou extrajudiciaire.

Les données pourront être conservées pendant 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude avérée et jusqu'au terme de toute procédure judiciaire. Ces informations seront ensuite archivées".

§ 5 - Protection des données

A partir du 25 mai 2018, le nouveau Règlement Général relatif à la Protection des Données fait évoluer la Loi dite « Informatique et Libertés ».

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), en adressant sa demande par courrier ou par courriel à : service.souscription@mutlog.fr.

Pour plus de détails, vous pouvez consulter notre « Charte de Protection des Données Personnelles » accessible à l'adresse suivante : www.mutlog.fr, et également disponible sur simple demande auprès de MUTLOG. Vous avez également le droit d'interroger le « délégué à la protection des données » en écrivant à l'adresse suivante : MUTLOG – Délégué à la protection des données - 75 quai de la Seine – 75940 PARIS Cedex 19.

§ 6 – 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'adhérent 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 25 (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'adhérent pour se rendre à la convocation médicale de la mutuelle sur le sol français, restent à la charge de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la mutuelle sont pris en charge par ce dernier.

CHAPITRE V - LES PLUS SOLIDAIRES

ARTICLE 31 – 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 32 – 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 13ème 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, pour le même prêt, est plafonné à 1000 €.

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 33 – ACCOMPAGNEMENT CREATION D'ENTREPRISE (ACE) LIEE A LA PRESTATION PEI

Si l'adhérent passe d'une indemnisation par le 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 chez MUTLOG 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.

ARTICLE 34 – 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 35 – 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 MUTLOG, afin d'aider des familles momentanément en, difficulté. Une commission 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 de cotisations (dans la limite d'un montant maximum de 300 € pourra être proposée sous la forme d'une restitution de cotisations au bout de 12 mois de prélèvements consécutifs, 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 leà

Signature :