

Le présent document constitue la Notice d'information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat groupe d'assurance n°201709945002 souscrit par l'intermédiaire de The Automotive Services Company (TASC), courtier en assurance dont le siège social est situé 23 Avenue Aristide BRIAND – 94110 ARCUEIL, immatriculé au RCS de Créteil sous le numéro 830 106 761 et inscrit à l'ORIAS sous le numéro 17004234, ci-après dénommé « le courtier », pour le compte d'Aramis, Société par actions simplifiée dont le siège social est situé 23 Avenue Aristide BRIAND – 94110 ARCUEIL, immatriculée au RCS de Créteil sous le numéro 439 289 265, ci-après dénommée la Contractante », auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à Paris (75116), 5 rue Dosne.

Pour une meilleure compréhension de la présente Notice d'Information, nous vous proposons de vous référer au Lexique à la fin de ce document.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT GROUPE D'ASSURANCE

La présente Notice d'information est régie par le Code de la Mutualité, la législation en vigueur et les dispositions du contrat n°201709945002 souscrit par la Contractante au profit de ses adhérents auprès de la Mutuelle. Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, le contrat a pour objet de garantir les personnes physiques, adhérent à la Mutuelle, Emprunteurs, Co-Emprunteurs, Locataire, Co-Locataire d'un ou plusieurs prêt(s) ou d'un ou plusieurs Contrat de Location avec Option d'Achat avant remboursement intégral contre les risques :

Garanties de base : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Garantie optionnelle : Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Ces garanties sont définies à l'article 6.

Les combinaisons de garanties proposées au Candidat à l'Assurance à l'adhésion sont donc les suivantes :

Formule 1 : Décès – PTIA

Formule 2 : Décès - PTIA - ITT

La Quotité assurée est identique pour l'ensemble des garanties au titre d'un prêt souscrit en garantie d'un Contrat de Location avec Option d'Achat ou d'un prêt à la consommation ; elle est de 100% pour chacun des assurés.

ARTICLE 2 – PRÊTS ET CONTRATS DE LOCATION AVEC OPTION D'ACHAT ASSURABLES

Le contrat couvre les financements tels que les prêts à la consommation amortissables, à taux fixe ou à taux variable, d'une durée minimum de 24 mois et maximum de 72 mois, ainsi que les Contrats de Location avec Option d'Achat (LOA).

Les crédits renouvelables ne sont pas couverts par le présent contrat.

Le financement doit être libellé en euros, et rédigé en français, et souscrit auprès d'un établissement financier de crédit situé en France.

Le capital minimum assuré est de 3000 €. Le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour un même Adhérent, ne pourra en aucun cas excéder 80 000 €.

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHÉSION EN VUE DE L'ADMISSION A L'ASSURANCE

Tout Candidat à l'assurance doit :

- Etre âgé au jour de l'Adhésion :
 - D'au moins 18 ans et de moins de 60 ans (59 ans révolus) pour l'adhésion aux garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale ;
 - D'au moins 18 ans et de moins de 76 ans (75 ans révolus) pour l'adhésion aux garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;

- Justifier de la signature du prêt ou du Contrat de Location avec Option d'Achat et, de sa durée, de son taux et de son amortissement, uniquement en cas de prêt.
- Résider en France métropolitaine ;
- Justifier de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée (ne pas être demandeur d'emploi, sans profession, inactif, retraité) pour la souscription à la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Tant pour l'âge limite à l'adhésion, que pour la cessation des garanties et le calcul des cotisations, l'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

Les adhésions sont reçues à l'aide d'une Demande d'adhésion mise à la disposition des Candidats à l'assurance par TASC pour le compte de la Mutuelle lors de la demande d'étude de l'offre de financement. La signature du Bulletin de Demande d'adhésion matérialise la demande d'adhésion à la Mutuelle.

L'admission est subordonnée au renseignement d'un Questionnaire de Santé Simplifié.

ARTICLE 4 – INCONTESTABILITÉ

Les déclarations de l'Assuré servent de base à l'adhésion qui est incontestable dès qu'elle a pris effet, sauf en cas de réticence ou de fausse déclaration. L'attention des Candidats à l'assurance est attirée sur les sanctions prévues par le Code de la mutualité.

Article L.221-14 :

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

Ces dispositions sont applicables tant à l'adhésion qu'en cours de contrat. Les cotisations versées restent alors acquises à la Mutuelle, qui se réserve le droit d'engager tout recours pour la restitution des prestations indûment payées auprès de l'Adhérent ou en cas de décès, auprès de ses ayants-droits.

Le Candidat à l'assurance est tenu d'informer la Mutuelle de toute modification de son état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet des garanties

ARTICLE 5 – FORMATION ET CESSATION DU CONTRAT

5.1 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date de l'envoi du Certificat d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

5.2 Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet, et sous réserve du paiement de la première cotisation

- **en cas de Vente à distance**, à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds interviennent dans les 6 mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté), ou à la date de livraison du véhicule dans le cadre d'un contrat de LOA, et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 20 « Droit de renonciation » qui court à compter de la date d'effet de l'Adhésion.

- **dans les autres cas**, à la date figurant sur le Certificat d'adhésion délivré par la Mutuelle à l'Adhérent et au plus tôt à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds interviennent dans les six mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté) ou à la date de livraison du véhicule dans le cadre d'un contrat de LOA.

Les garanties prennent effet immédiatement sans délai de carence. Elles s'appliquent à chacun des prêts ou Contrats de Location avec Option d'Achat pendant toute leur durée contractuelle dans les limites précisées aux articles 5.3 et 5.4 de la présente Notice d'information.

5.3 Cessation de l'adhésion

L'Adhésion prend fin pour l'Assuré :

- A la fin du terme contractuel des garanties et des prestations et au plus tard au 6^{ème} anniversaire du contrat de financement ;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation acceptée par la Mutuelle ;
- Au terme normal du contrat de location avec option d'achat, sauf prolongation supplémentaire d'une durée de 12 mois acceptée par la Mutuelle ;
- A la date de remboursement anticipé total de chaque prêt ;
- A la date de déchéance du prêt ;
- En cas de résiliation suite à non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- Dans les 10 jours qui suivent la réception par la Mutuelle de l'acceptation de la substitution du contrat par l'organisme prêteur lorsque l'Adhérent a demandé la résiliation de son contrat d'assurance conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité ;
- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec préavis de 2 mois au moins et accord exprès de la Contractante ;
- Lors du versement du capital restant dû en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- En cas de fausse déclaration, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.
- Dès la perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle.

5.4 Cessation des garanties

La cessation de l'Adhésion définie à l'article 5.3 « Cessation de l'adhésion » met fin à l'ensemble des garanties.

En outre, la cessation des garanties s'applique également dans les conditions suivantes :

- La garantie Décès cesse au jour du 80^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie PTIA cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de préretraite ou à la date de mise en place d'un cumul emploi-retraite et au plus tard au jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie ITT cesse à la date de reconnaissance de l'Assuré en PTIA ou à la date de liquidation de la pension de retraite, de préretraite ou à la date de mise en place d'un cumul emploi-retraite, et au plus au jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;

ARTICLE -6 – GARANTIES DU CONTRAT

6.1 Garanties de base : Décès – PTIA

A. Garantie Décès

En cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit soit le remboursement, à l'Organisme prêteur du capital restant dû calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle dans la limite des sommes réellement dues à l'Organisme prêteur, soit le remboursement au Bailleur de l'indemnité de résiliation due et prévue dans les conditions générales du Contrat de Location avec Option d'Achat déduction faite du dépôt de garantie éventuel au jour du décès de l'Assuré, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées à cette date ainsi que des intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt ou du Contrat de Location avec Option d'Achat.

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100 % d'un même prêt ou Contrat de Location avec Option d'Achat.

En cas de cumul d'assurance sur plusieurs têtes pour un même prêt :
- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes assurées chacune à 100 % du prêt ou du Contrat de Location avec Option d'Achat, la Mutuelle règle le capital restant dû ou l'indemnité de résiliation au jour du décès du premier Assuré, et radie les co-contractants à la même date ;

- Si la garantie Décès porte sur plusieurs têtes avec un cumul de Quotité supérieur à 100 %, la Mutuelle règle le capital restant dû ou l'indemnité de résiliation au jour du premier décès, affecté du pourcentage garanti sur la tête de l'Assuré décédé et réduit systématiquement la Quotité assurée sur la tête des co-contractants survivants au solde du prêt ou du Contrat de Location avec Option d'Achat, après indemnisation du premier Sinistre.

En cas de décès simultanés des Co-assurés, la Mutuelle règle le capital restant dû ou l'indemnité de résiliation au jour du Sinistre suivant le cumul des Quotités assurées sans jamais excéder 100% du capital restant dû ou de l'indemnité de résiliation.

Le paiement du capital restant dû en cas de Décès entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné et ne pourra donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie octroyée par la Mutuelle à ce même Assuré.

B. Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constaté(e) au plus tard au jour de son 67^{ème} anniversaire, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et,
- s'il se trouve dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance viagère d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré médicalement constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement, par anticipation, à l'Organisme prêteur, du capital restant dû, calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle, au Bailleur, de l'indemnité de résiliation et prévue dans les conditions générales du Contrat de Location avec Option d'Achat, à l'exclusion des mensualités échues et non réglées à cette date ainsi que des intérêts, frais ou autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt ou du contrat de Location Avec Option d'Achat, à la date de reconnaissance par le Médecin-Conseil de la Mutuelle de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'échéance qui se situerait le jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera prise en charge par la Mutuelle.

Le capital restant dû ou l'indemnité de résiliation due au jour de la reconnaissance de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'Adhésion et ne peut excéder le capital restant dû à l'Organisme prêteur ou l'indemnité de résiliation due au Bailleur, au jour du décès de l'Assuré.

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100% pour un même Contrat de Location avec option d'Achat ou d'un même prêt. L'engagement de la Mutuelle ne saurait excéder 100% du capital restant dû à l'organisme prêteur ou à l'indemnité de résiliation due au Bailleur.

Les règles relatives au paiement de la prestation et au cumul d'assurance sur plusieurs têtes telles que mentionnées ci-dessus pour la garantie Décès sont applicables à la garantie PTIA.

Le paiement du capital restant dû ou de l'indemnité de résiliation en cas de PTIA entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné et ne pourra donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie octroyée par la Mutuelle à ce même Assuré.

6.2 Garantie optionnelle : Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'Assuré, qui exerce son activité professionnelle en France, est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale avant la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard au jour de son 67^{ème} anniversaire, s'il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale, totale et continue, médicalement constatée, d'exercer, son activité professionnelle, lui procurant gain ou profit, (ou toutes ses occupations habituelles, si l'assuré est inactif au moment du sinistre).

Versement d'Indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle verse, au *prorata temporis*, et à terme échu une indemnité journalière égale à

1/365^{ème} de l'annuité des prêts garantis, ou à 1/365^{ème} d'une année de loyer dans le cadre d'un Contrat de Location avec Option d'Achat, dans la limite des loyers ou d'échéances réellement dus par l'Adhérent au Bailleur ou à l'Organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du calendrier des loyers ou du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, pendant la période d'Incapacité Temporaire Totale médicalement justifiée.

Sont exclus de la garantie les échéances échues et non réglées, l'option d'achat ainsi que les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt ou du Contrat de Location avec Option d'Achat au jour de la survenance du Sinistre.

Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** de 60 jours. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale médicalement justifiée et **au maximum pendant 1095 jours pour un même Sinistre**.

Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d'indemnisation.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt ou un même Contrat de Location avec Option d'Achat, et d'arrêt de travail concomitant des Co-assurés sur la même période, il pourra être versé une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100% de l'échéance ou du loyer réellement due(û) au Bailleur ou à l'organisme prêteur.

Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales constatées lors de son arrêt de travail précédent, la Mutuelle considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les 60 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas la Mutuelle traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre ; Elle n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que celles prévues aux paragraphes précédents.

Maternité

En cours de contrat, les Assurées en état de grossesse, peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en Incapacité Temporaire Totale pour des causes pathologiques. Les prestations sont réglées après application de la Franchise. Elles cessent pendant la période de congé légal de maternité du régime de la Sécurité Sociale même pour les Assurées ayant une activité professionnelle non salariée.

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

- Pendant la grossesse, avant le début du congé légal de maternité, la Franchise s'applique,
- Après l'accouchement, normal ou prématuré, la Franchise s'applique à compter de la fin du congé légal de maternité.

ARTICLE 7 – EXCLUSIONS

Pour toutes les garanties, sont exclues les suites et conséquences des affections et situations suivantes :

- Le suicide lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit l'Adhésion, la remise en vigueur ou toute augmentation ou rallongement de la garantie.
- Tout fait intentionnel de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire, d'atteinte à l'encontre de l'Assuré, tentative de suicide de l'Assuré, ou de mutilation volontaire ou de refus de se soigner au sens de l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale.
- Les Maladies, Accidents ou infirmités dont les premières manifestations sont antérieures à la prise d'effet des garanties et non déclarés à la Mutuelle. Les suites et conséquences des affections déclarées sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'Assuré ou mention particulière faite au Certificat d'adhésion.
- Les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage. Toutefois, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, en cas d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements.
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation d'atomes, tant par fusion ou fission, que par radiations ionisantes ou autres. Toutefois sont prises en charge les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.
- Les Sinistres résultant de l'alcoolisme chronique, de l'usage de stupéfiants, de médicaments à doses non prescrites médicalement, de médicaments pris par automédication.
- Les paris, les défis, la pratique de raids, les tentatives de record, les acrobaties, les exhibitions, les essais préparatoires, les essais de réception.
- Les sports dits, extrêmes, notamment, mais non exhaustivement, saut à l'élastique, base jump, zorbing, sky surfing, sky flying.
- Les Accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'emprise d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé à l'article R 234-1-I-2° du Code de la Route.

Spécifiquement pour la garantie Incapacité Temporaire Totale, sont exclues les suites et conséquences des affections et situations suivantes :

- Les affections psychiques et psychiatriques (notamment et non exclusivement : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, y compris les dépressions nerveuses et les dépressions post-partum, troubles de la personnalité, et du comportement, troubles de l'alimentation).
- Toutefois sont pris en charge les affections psychiatriques et leurs conséquences si elles ont nécessité une hospitalisation de plus de 9 jours continus dans les six mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.
- Les atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, sauf si elles ont nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours ou s'il s'agit de fractures.
- Les cas de fibromyalgie, d'un syndrome poly algique, idiopathique diffus, de syndrome de fatigue / asthénie chronique.

- Les états de grossesse et ses suites, pendant le congé légal de maternité : la garantie est acquise en dehors de cette période mais seulement en cas de complications pathologiques.
- Les Traitements de la stérilité et les grossesses précieuses.
- Les séjours hospitaliers en cures thermales, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication, de sommeil.
- Les traitements esthétiques et/ou les interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au contrat.
- La pratique sportive en tant que professionnel.

ARTICLE 8 – MODIFICATIONS DE LA SITUATION PERSONNELLE DE L'ASSURÉ

Les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

ARTICLE 9 – FORMALITÉS A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

9.1 Règlement des prestations

Les prestations, payées en euros, sont versées en fonction du dernier échéancier du Contrat de Location avec Option d'Achat ou du dernier tableau d'amortissement connu en cas de prêt, et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues au Bailleur ou à l'Organisme prêteur.

9.2 Formalités en cas de Sinistre

Pour faire valoir ses droits aux prestations, tout Assuré doit être à jour de ses cotisations.

En vue de l'ouverture du dossier Sinistre, les pièces à fournir à l'attention du Médecin-Conseil de la Mutuelle sont les suivantes :

1. **Dans tous les cas**
 - Une déclaration de Sinistre,
 - Un échéancier du prêt ou un tableau d'amortissement ou le calendrier des loyers effectif à la date du Sinistre, à défaut une photocopie du contrat de prêt, ou du Contrat de Location avec Option d'Achat ou une attestation détaillée du Bailleur ou de l'organisme prêteur,
 - Toute autre pièce jugée nécessaire par la Mutuelle.
2. **En cas de Décès**
 - Un acte intégral de décès établi par un bureau d'état civil,
 - Un certificat médical sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle,
 - L'intégralité du procès-verbal de police ou de gendarmerie établi en cas d'Accident.
3. **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**
 - Une attestation médicale sur modèle préétabli fournie par la Mutuelle remplie par un médecin choisi par l'Assuré,
 - Une reconnaissance de l'état de PTIA et de la nécessité de l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie courante avec les éléments justificatifs de l'impossibilité totale d'exercer la moindre occupation, ni le moindre travail lui procurant gain ou profit au moment du sinistre,
 - Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé, l'arrêt de position administrative ou la décision de la commission de réforme,
 - Ou toute autre pièce que la situation de l'intéressé rend nécessaire pour justifier la nécessité pour lui de l'assistance continue et viagère d'une tierce personne.

4. En cas d'Incapacité Temporaire Totale

- Une attestation médicale sur modèle préétabli fourni par la Mutuelle remplie par l'Assuré et par un médecin qu'il aura choisi,
- La copie des arrêts de travail (initial(aux) et prolongations).

9.3 Continuation du service des prestations

La poursuite du paiement des prestations suppose, qu'à l'occasion des contrôles médicaux que la Mutuelle peut à tout moment diligenter, ait été vérifié le bien-fondé de la poursuite du service des prestations. La poursuite du service des prestations suppose également la production d'une attestation mensuelle certifiant de l'état d'Incapacité Temporaire Totale.

Il est rappelé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants-droits, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, aux circonstances du Sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties du présent contrat pour le Sinistre en cause.

ARTICLE 10 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est :

- L'Organisme Prêteur, s'il s'agit d'un contrat de prêt en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, lorsque la somme est exigible et en cas d'Incapacité Temporaire Totale, dans la limite des sommes garanties au jour de l'évènement ;
- Le Bailleur s'il s'agit d'un contrat de Location avec Option d'achat en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, lorsque la somme est exigible et en cas d'Incapacité Temporaire Total, dans la limite des sommes garanties au jour de l'évènement.

ARTICLE 11 – TERRITORIALITÉ

L'Assuré est couvert dans le monde entier, hormis :

- les pays faisant l'objet d'une exclusion contractuelle,
- en cas de séjour ou de voyage excédant une durée de 90 jours consécutifs ou de 120 jours non consécutifs sur une période de douze mois en dehors de son pays de résidence,
- les pays faisant l'objet d'une contre-indication du Ministère des Affaires Étrangères (sauf accord préalable de la Mutuelle). Toutes les informations sont consultables sur le site : www.diplomatie.gouv.fr.

Le risque décès est couvert, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Incapacité Temporaire Totale survenus hors de France, doivent être constatés médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement des prestations.

ARTICLE 12 – DÉCISION DE LA MUTUELLE. CONTRÔLE ET CONTESTATION

La Mutuelle peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales ou expertises par les soins d'un médecin désigné par elle, contrôles, enquêtes et vérifications qu'elle juge nécessaires, soit pour son compte soit celui de tout organisme avec lequel elle est liée.

Lors de la déclaration de Sinistre initiale, l'Assuré, ou ses ayants-droit en cas de décès, est tenu de fournir, sous peine de déchéance, sur simple demande, les certificats ou tout autre renseignement d'état civil ou médicaux dont la Mutuelle aurait besoin pour juger de son état de santé avant, au moment et après son adhésion.

Au cours de la période d'indemnisation, le contrôle suspend les paiements jusqu'à la prise de décision par la Mutuelle.

Tout refus de prise en charge initial ou de poursuite de la prise en charge de la Mutuelle suite à un contrôle médical peut faire l'objet d'une procédure de tierce expertise.

La Mutuelle invite alors le médecin de l'Assuré, et celui choisi par elle, à désigner un médecin tiers expert chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente à ce sujet, la désignation est faite, à la demande de la Mutuelle par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'Assuré. Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties sous réserve du recours par voie de droit.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois dans le cas, où le tiers expert confirmerait la décision de rejet prise à l'égard de l'Assuré, les frais des trois médecins seraient à la charge de ce dernier qui en fait l'avance.

ARTICLE 13 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution du contrat, l'Assuré pourra s'adresser par écrit à :

Groupe MNCAP – Service gestion des réclamations, 5 rue Dosne 75116 PARIS.

En cas de désaccord avec la position définitive de la Mutuelle c'est-à-dire après épuisement des voies de recours internes à la Mutuelle, l'Assuré ou ses ayants droits peut(vent) demander l'avis du Médiateur de la FNNF à : **Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.**

Les modalités de la procédure amiable de médiation seront communiquées sur demande adressée à :

Groupe MNCAP – Service Gestion des Réclamations - 5 rue Dosne 75116 PARIS.

La demande écrite et signée devra autoriser le médiateur à prendre connaissance de l'ensemble du dossier et en particulier du volet médical détenu par le service médical de la Mutuelle.

Le recours au médiateur est gratuit. Le médiateur formulera un avis motivé dans le délai qu'il aura indiqué dans la confirmation de sa saisine auprès de l'Assuré et de la Mutuelle.

La saisine du médiateur interrompt le cours de la prescription.

ARTICLE 14 – DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

14.1 Délai de déclaration

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, est considéré comme forclos tout Assuré n'ayant pas formulé sa demande de prestation à la Mutuelle dans les six mois suivant la survenance du Sinistre sauf impossibilité médicale démontrée. Passé ce délai la Mutuelle ne règlera que les mensualités à échoir.

14.2 Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter du jour de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les délais et les dispositions :

-de l'article L.221-11 du Code de la mutualité (prescription) qui prévoit :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droits de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

- de l'article L.221-12 (interruption de la prescription) du Code de la mutualité qui prévoit :

« 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 la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

ARTICLE 15- COTISATIONS D'ASSURANCE

Les garanties du contrat n° 201709945002 sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle. Elle est calculée suivant l'âge de l'Assuré à l'Adhésion, déterminé par la différence de millésime, et les garanties souscrites.

Le taux d'assurance ainsi déterminé est appliqué au capital initial documenté dans le Certificat d'adhésion, ou au prix TTC du véhicule, dans le cadre d'un Contrat de Location avec Option d'Achat

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont prélevées avec le montant du loyer à terme à échoir dans le cadre d'un Contrat de Location avec Option d'Achat et à terme échu dans le cadre d'un prêt.

En cas d'achat anticipé du véhicule ou de remboursement anticipé du prêt ou, de décès ou de PTIA, les cotisations perçues indûment seront restituées.

La cotisation fixée à l'Adhésion est garantie sur toute la durée du contrat. La cotisation comprend la taxe spéciale sur les conventions

d'assurance. En cas de modifications de cette dernière au cours de la période de validité des garanties, la Mutuelle informera l'Adhérent de cette modification et la cotisation sera révisée.

En cas de non-paiement de la cotisation, il sera procédé, à l'initiative de la Mutuelle à l'envoi d'une lettre de mise en demeure en application de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité. Cette lettre recommandée est envoyée par la Mutuelle 10 jours au plus tôt après la date à partir de laquelle les sommes dues doivent être payées.

Un double de ce courrier sera transmis au Bénéficiaire acceptant du contrat.

La perception de cotisations, qui ne serait pas conforme à l'acceptation du risque ou qui serait effectuée hors acceptation du risque, ne pourrait en aucun cas être considérée comme valant couverture de risque, et n'aurait aucune conséquence de droit autre que le remboursement des sommes indûment perçues, même si celles-ci avaient été reversées à la Mutuelle.

ARTICLE 16- ADHESION A LA MUTUELLE

Frais d'adhésion :

En application des statuts de la Mutuelle, afin de bénéficier de l'assurance, il y a lieu d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant. Les adhésions sont nominatives et donnent lieu au paiement d'un droit d'entrée fixé statutairement à 2€ pour la durée du prêt ou du Contrat de Location avec Option d'Achat. Ce droit d'entrée est intégré dans le tarif. Le membre participant participe à l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Il perd sa qualité de membre participant de la Mutuelle dans les hypothèses suivantes :

- Par démission, en cas de renonciation à l'offre de Contrat de Location avec Option d'Achat ou au prêt,
- Par radiation, à l'arrivée du terme du Contrat de Location avec Option d'Achat ou en cas d'expiration des contrats de prêts

En tout état de cause, les garanties cessent dès la perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle.

ARTICLE 17- LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, la Mutuelle peut être amenée à interroger les parties au contrat (Adhérents, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé à l'Adhérent d'expliquer la raison de sa renonciation, si la prime à rembourser dépasse 1000 euros, ou d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

ARTICLE 18- INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS

Les données concernant l'Assuré sont destinées à la Mutuelle ou son intermédiaire, aux réassureurs et à l'organisme prêteur. Elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 « Informatique, Fichiers et Libertés », modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification relatives aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à :

Groupe MNCAP, 5 rue Dosne 75116 PARIS.

ARTICLE 19 – AUTORITES DE CONTROLE

Il est rappelé que l'autorité de contrôle de la Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), sise à Paris, au :
61, rue Taitbout 75436 Cedex 09.

ARTICLE 20 – DROIT DE RENONCIATION

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité (et les dispositions des articles L.222-1, L.222-3, L.222-6, L.222-13 à L.222-15 et L.222-18 du Code de la consommation), l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi du Certificat d'adhésion.

La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion à trente jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Dans les autres cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'assurance dans un délai de trente jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Pour ce faire, il doit adresser au siège de la Mutuelle un courrier recommandé avec accusé réception, avec copie à l'organisme de prêt concerné, reproduisant le texte ci-dessous :

Je soussigné(e) « Nom, Prénom » né(e) le..... demeurant, contrat de prêt N°..... « raison sociale de l'organisme de prêt » déclare renoncer expressément à l'adhésion de mon contrat d'assurance N°.....,

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait àle..... « Signature »

Les cotisations éventuellement versées lui sont alors remboursées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation adressée en recommandé.

Au-delà de ce délai de renonciation, l'Adhérent pourra mettre fin au contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 21. La renonciation met fin à l'affiliation.

La Mutuelle informe parallèlement l'éventuel Bénéficiaire acceptant.

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

ARTICLE 21 – FACULTE DE RESILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, l'Assuré peut résilier son adhésion au contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt, en notifiant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée, au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

ARTICLE 22 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Il est expressément précisé que la Notice d'information en vigueur au moment de l'adhésion fait la loi entre les parties. Ainsi, les éventuelles Notices d'Information adoptées ultérieurement par la

Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption.

Par conséquent, le bénéfice des nouvelles Notices d'Information ne pourra être revendiqué par l'Adhérent pour régir les sinistres à venir se rapportant à son adhésion antérieure.

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

La Mutuelle fait élection de domicile à son siège à Paris.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence du Tribunal du domicile de l'Assuré ou de l'ayant droit, si ce dernier est domicilié en France.

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

ARTICLE 23 – PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

L'Adhérent ne peut se prévaloir d'aucun droit individuel aux bénéfices techniques et financiers du présent contrat. Ceux-ci sont affectés, à la fin de chaque exercice, à l'ensemble des provisions techniques ou des réserves de la Mutuelle.

LEXIQUE

Accident : Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Adhérent : Personne physique, membre de la Mutuelle qui souscrit au contrat et en paie les cotisations. Il adhère aux statuts, au règlement mutualiste, et enfin se conforme aux dispositions de la présente Notice d'Information. L'Adhérent est l'Assuré.

Assuré : Personne physique, client de la Contractante, admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose les garanties souscrites. Il peut être, Emprunteur ou Co-Emprunteur, Locataire ou Co-locataire.

Bailleur : Établissement de crédit ayant conclu un Contrat de Location avec Option d'Achat avec l'Adhérent.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues au contrat d'assurance en cas de réalisation du risque.

Candidat à l'Assurance : Personne physique qui complète et signe une Demande d'adhésion destinée à la Mutuelle. En cas d'accord d'assurance, elle obtiendra la qualité d'Assuré.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Assuré constatant son adhésion au contrat. Il matérialise l'acceptation du risque par la Mutuelle et précise : la Date d'effet de l'assurance, les prêts assurés, leurs durées, la Quotité assurée, les cotisations mensuelles et le montant des prélèvements effectués.

Co-Emprunteur : La (les) personnes qui signe(nt) le(s) contrat(s) de prêt avec l'Emprunteur. Elle(s) bénéficie(nt) du crédit au même titre que l'Emprunteur et elles sont soumises aux mêmes obligations.

Co-Locataire : La (les) personne(s) désignée(s) sur la Demande d'adhésion ayant souscrit avec le Bailleur un Contrat de Location avec Option d'Achat concomitamment avec le Locataire. Elle(s) bénéficie(nt) du Contrat de Location avec Option d'Achat de la LOA au même titre que le Locataire et est (sont) soumise(s) aux mêmes obligations.

Conjoint : Conjoint de l'Assuré au jour du Sinistre, non séparé de corps par un jugement ayant force de chose jugée et, à défaut, le concubin notoire déclaré comme tel par l'Assuré à la Mutuelle ou la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

Consolidation : Le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'Assuré.

Contrat de Location avec Option d'Achat : Contrat signé entre le Bailleur, le Locataire et les éventuels Colocataires, ayant pour objet le financement d'un véhicule déterminé.

Date d'effet : date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu. Elle est précisée sur le Certificat d'adhésion remis à l'Assuré ou sur le dernier Certificat avenant.

Demande d'adhésion : Document fourni par la Mutuelle complété et signé par le Candidat à l'Assurance afin de formaliser sa demande d'adhésion au contrat.

Emprunteur : Personne physique ou morale qui a signé la demande de prêt.

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, figurant sur l'attestation d'assurance ou sur le dernier avenant de l'attestation d'assurance au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale

Locataire : Personne physique désignée sur la Demande d'Adhésion ayant souscrit à un Contrat de Location avec Option d'Achat avec le Bailleur.

Maladie : Toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle constatée par une autorité médicale autre que l'Assuré ou l'Adhérent lui-même ou un membre de sa famille et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Questionnaire de santé simplifié (OSS) : Document fourni par la Mutuelle complété et signé par le Candidat à l'assurance et comportant des questions d'ordre médical.

Quotité : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimé en pourcentage du prix d'achat toute taxe comprise du véhicule, objet du Contrat de Location avec Option d'Achat, ou en pourcentage du capital initial emprunté pour un prêt, précisée sur le au Certificat d'adhésion ou sur le dernier Certificat d'adhésion avenant, pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et de la mensualité pour la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Rechute : Reprise d'un état pathologique intervenant après une guérison ou une Consolidation apparente et donnant lieu à un nouvel arrêt de travail. L'imputation à la pathologie initiale doit être médicalement constatée.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque assuré.

Vente à distance : Système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion de l'adhésion.