



Harmonie
mutuelle

GROUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

PROTECTION EMPRUNTEUR EN CAPITAL INITIAL

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES PROTECTION EMPRUNTEUR EN CAPITAL INITIAL

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – DÉFINITIONS CONTRACTUELLES	3
ARTICLE 3 – ADHÉSION INDIVIDUELLE À LA MUTUELLE	4
ARTICLE 4 – RISQUES GARANTIS	5
ARTICLE 5 – TERRITORIALITÉ DES GARANTIES	8
ARTICLE 6 – CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT	8
ARTICLE 7 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?	9
ARTICLE 8 – LITIGES ET ARBITRAGES	10
ARTICLE 9 – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ	10
ARTICLE 10 – COTISATIONS	11
ARTICLE 11 – EXAMEN DES RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	11
ARTICLE 12 – PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX	11
ARTICLE 13 – FACULTÉ DE RENONCIATION	11
ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	12
ARTICLE 15 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME – GEL DES AVOIRS – ANTICORRUPTION	12
ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE	12
ANNEXE 1 – FICHE SYNTHÉTIQUE DES GARANTIES ET DE LEURS PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	13

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N°HM-202211-J0008 est souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne, la Prévoyance et la Santé (AMEPS), association loi 1901 dont le siège social est sis : 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 – 45004 Orléans Cedex 1, auprès d'Harmonie Mutuelle.

Le contrat « Protection Emprunteur » a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un prêt consenti par un organisme financier de droit français ou un particulier, les prestations souscrites et indiquées sur la demande d'adhésion. Il est régi par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur, ainsi que par les dispositions de la présente notice d'information référencée HM.NI.PE.CI.07.2025, valant conditions générales.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Les définitions ci-après sont contractuelles et seront les seules retenues pour l'application du contrat.

Accident : toute atteinte corporelle, à l'exception des atteintes psychiques, non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident, au sens du contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les affections soudaines.

Adhérent : personne morale ou physique membre de l'AMEPS, désignée comme telle à la demande d'adhésion, signataire de ce bulletin et acquittant les cotisations.

Assuré : personne physique domiciliée en France Métropolitaine sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et désignée comme telle à la demande d'adhésion. Les personnes domiciliées à Monaco ne peuvent être assurées par les garanties du contrat.

Bénéficiaire : organisme financier prêteur ou particulier prêteur, désignés comme tels à la demande d'adhésion, pour percevoir le capital dû en cas de décès de l'assuré. La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci.

Conjoint : il s'agit du conjoint de l'assuré, non séparé de droit, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel par l'assuré à la Mutuelle, ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

Consolidation : stabilisation de l'état de santé de l'assuré auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.

Convention AERAS : la convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé permet à une personne qui a eu un problème grave de santé d'obtenir plus facilement une assurance pour un prêt immobilier ou un prêt à la consommation.

Échéance de prêts : sont prises en charge, dans le cadre des garanties ITT, IPP, IPT et GAF, les échéances de prêts telles que définies ci-après, selon la quotité assurée.

- pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt en vigueur au jour du sinistre,
- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée,
- pour les prêts relais et in fine : la fraction d'intérêts échus. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels du prêt, les versements prévus dans l'acte de prêt sont réputés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

Exonération : l'assuré ayant choisi cette option de garantie peut, dans les conditions prévues aux présentes, être remboursé du paiement de ses cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, de mise en jeu de la Garantie Aide à la Famille ou d'Invalidité Permanente Totale.

Franchise : il s'agit d'une période de carence ne pouvant donner lieu à indemnisation. S'agissant de la garantie Incapacité Temporaire

Totale de Travail, la franchise indiquée à la demande d'adhésion est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Hospitalisation : il s'agit d'un séjour, de jour ou de nuit, dans un établissement de soins public ou privé, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident garanti par le contrat.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : l'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

- **L'assuré exerçant une activité professionnelle** au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle.
- **L'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle** au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve contraint d'observer un repos complet et continu sur prescription médicale, l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).

La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date de l'arrêt total de travail ou de la date à laquelle l'assuré s'est vu prescrire un repos complet et continu.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) :

- un assuré est en état d'Invalidité Permanente Totale lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est supérieur à 66% ;
- un assuré est en état d'Invalidité Permanente Partielle lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle à temps plein et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est compris entre 33% et 66%.

Invalidité AERAS : conformément aux dispositions de la Convention AERAS, la Mutuelle s'engage à étudier la possibilité de garantir l'assuré au titre d'une garantie additionnelle dite Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat, demandée à l'adhésion, ne peut être accordée à l'assuré ;
- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat, demandée à l'adhésion, a été accordée à l'assuré avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas la Mutuelle s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat.

Maladie : toute altération de l'état de santé de l'assuré ou dans le cadre de la Garantie Aide à la Famille, de l'enfant à charge de l'assuré, constatée par une autorité médicale compétente.

Mutuelle : Harmonie Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet – 75015 Paris.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : un assuré est en état de PTIA lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins 5 des actes ordinaires de la vie, tels que définis par la Sécurité sociale. Cet état doit être constaté par expertise médicale.

Les actes ordinaires de la vie tels que définis par la Sécurité sociale sont les suivants :

1. se lever seule et se coucher seul(e)
2. s'asseoir seul(e) et se lever seul(e) d'un siège
3. se déplacer seul(e) dans son logement, y compris en fauteuil roulant
4. s'installer seul(e) dans son fauteuil roulant et en sortir seul(e)

5. se relever seul(e) en cas de chute
6. quitter seul(e) son logement en cas de danger
7. se vêtir et se dévêtir totalement seul(e)
8. manger et boire seul(e)
9. aller uriner et aller à la selle sans aide
10. mettre seul(e) son appareil orthopédique (le cas échéant).

Prêts couverts : Dans le cadre d'une adhésion pour laquelle la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit souscrits par l'adhérent n'excède pas 200 000 Euros (seuil apprécié au regard de l'ensemble des assurances de crédits souscrites ou en cours d'étude), et pour laquelle ce dernier n'aura pas atteint son 60^{ème} anniversaire au jour du remboursement du prêt objet de la demande d'assurance, seuls les prêts immobiliers suivants sont couverts :

- Prêts amortissables,
- Prêts relais.

Pour toute autre adhésion ne répondant pas aux caractéristiques énoncées ci-dessus, tout type de prêt immobilier ou professionnel peut être couvert, sauf les crédits-bail et les prêts *in fine* conclus pour une durée supérieure à 8 ans.

Pour tout type d'adhésion, les prêts doivent être consentis par un organisme financier de droit français, les prêts libellés en francs suisses sont également garantis, dans les conditions prévues à la présente notice d'information, et par application des dispositions suivantes :

A l'adhésion, l'adhérent indique à la Mutuelle la contre-valeur en Euros du prêt contracté en francs suisses ; le montant du prêt converti en Euros permet de fixer le montant du capital assuré au vu de la quotité garantie. Le barème alors utilisé reste applicable pendant toute la durée du prêt et ne peut être actualisé qu'en cas de renégociation du prêt ou remboursement anticipé.

En cas de sinistre, le montant des prestations est arrêté au vu du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, après conversion en Euros selon le barème contre-valeur applicable à la même date, dans la limite du montant assuré.

La Mutuelle ne garantit pas le risque de change qui est à la charge de l'adhérent et/ou de(s) assuré(s).

Quotité assurée : la quotité du prêt assuré est égale au rapport entre le capital assuré et le montant du prêt. Elle ne peut excéder par assuré 100% du montant des engagements nés du prêt garanti. La quotité assurée peut varier selon les garanties accordées : des quotités assurées distinctes peuvent être retenues d'une part pour les garanties DC/PTIA, et d'autre part pour les garanties ITT/IPP/IPT. Si le capital assuré, mentionné à la demande d'adhésion, est inférieur au montant du prêt, le capital restant dû en cas de décès ou le remboursement des échéances en incapacité invalidité est limité à la quotité assurée.

ARTICLE 3 – ADHÉSION INDIVIDUELLE À LA MUTUELLE

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'AMEPS qui remplissent les conditions définies ci-après. L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la Mutuelle. L'adhérent indique sur la demande d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance et reçu les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle.

CONDITIONS D'ADHÉSION

Les conditions d'adhésion varient selon que l'assurance demandée donne lieu ou non à la réalisation de formalités médicales sollicitées par la Mutuelle.

Conditions d'adhésion communes à toute demande d'assurance (avec ou sans formalités médicales) :

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, vous devez, au jour de la signature de la demande d'adhésion :

- être âgé de 18 ans à :
 - 79 ans inclus pour la garantie « décès »,
 - 68 ans inclus pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Garantie Aide à la Famille (GAF) Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), Exonération,
- avoir la qualité d'emprunteur, co-emprunteur, caution ou assimilé; seules les garanties « Décès/PTIA » peuvent être souscrites par un assuré ayant la qualité de caution ou assimilé,
- exercer une activité professionnelle pour les garanties ITT / GAF / IPP / IPT et Exonération
- résider en France Métropolitaine,
- ne pas résider à Monaco,
- être membre de l'AMEPS,
- remplir et signer une demande d'adhésion,
- accepter de vous soumettre, le cas échéant, aux formalités médicales ou formalités supplémentaires, jugées nécessaires par la Mutuelle.

Cette dernière se réserve alors le droit de différer l'adhésion, de ne l'accepter que sous certaines conditions, exclusion(s) ou surcotisation(s), ou de la refuser.

- indiquer votre activité professionnelle,
- régler la première cotisation.

Pour tout adhérent à la retraite ou en préretraite ainsi que pour tout assuré exerçant une activité professionnelle dans le cadre de missions intérimaires ou d'emplois saisonniers et pour les intermittents, seuls les risques décès/PTIA sont couverts ; sous réserve que la demande d'assurance donne lieu à la réalisation de formalités médicales.

Le montant maximum du capital qui peut être garanti en un ou plusieurs prêts, ou en cas d'adhésions multiples au contrat collectif « Protection Emprunteur – en capital initial », et ce pour un même assuré, est limité à 4 000 000 Euros pour l'ensemble des garanties, dans la limite d'une échéance mensuelle de 15 000 Euros pour les garanties ITT et IPP/IPT et de 4 000 Euros pour la Garantie Aide à la Famille.

Ces limites s'entendent sauf dérogation stipulée en conditions spéciales sur le certificat d'adhésion, et ce après acceptation par la Mutuelle sur la base d'une étude et d'une tarification sur mesure.

Conditions d'adhésion spécifiques supplémentaires en l'absence de réalisation de formalités médicales

(les adhésions concernées par l'absence de sélection médicale sont celles pour lesquelles la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit souscrits par l'adhérent n'excède pas 200 000 Euros, et pour lesquelles ce dernier n'aura pas atteint son 60^{ème} anniversaire au jour du remboursement du prêt objet de la demande d'assurance) :

- être âgé de 18 ans à 49 ans inclus,
- Exercer effectivement, au jour de votre demande d'assurance, votre activité professionnelle sans réduction par rapport à votre durée habituelle de travail (la durée habituelle de travail est celle précisée à votre contrat de travail, hors aménagements ponctuels de celle-ci par voie d'avenant).
- demander l'assurance d'un prêt immobilier destiné à l'acquisition de votre résidence principale ou secondaire, ou bien destiné à la location du bien à acquérir.

FORMALITÉ D'ADHÉSION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, chaque candidat à l'assurance doit satisfaire aux formalités administratives qui lui sont demandées ainsi que le cas échéant aux formalités médicales requises en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par la Mutuelle à l'adhérent.

Prise d'effet des garanties

Sous condition du paiement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date de signature de l'offre de prêt relatif à l'emprunt assuré ou à la signature de l'acte de cautionnement et au plus tôt à la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion.

Garantie provisoire décès accidentel

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque, l'assuré est garanti contre le risque de décès suite à accident dans la limite de 300 000 Euros et sous réserve des limites et exclusions prévues au contrat. La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie prend fin au jour de notification par la Mutuelle de refuser ou d'accepter le risque et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie. Le bénéficiaire de cette prestation est le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses héritiers légaux, sauf désignation contraire de sa part ; si l'assuré est dirigeant d'une entreprise adhérente, le bénéficiaire en cas de décès est l'entreprise elle-même.

Durée de l'adhésion et des garanties

La durée de l'adhésion est celle prévue au certificat d'adhésion, mais ne peut dépasser 28 ans (y compris prolongation maximum de 5 ans pour les prêts modulables et différés d'amortissement d'une durée maximum égale à celle prévue par la réglementation en vigueur pour les prêts à taux zéro) et 8 ans pour les prêts in fine.

Les garanties peuvent, en cours de vie de l'assurance, être modifiées à la demande de l'adhérent (augmentation ou adjonction de garanties, diminution ou suppression de garanties) ; toute diminution ou suppression de garantie nécessite l'accord écrit de l'organisme financier prêteur ou du particulier prêteur.

En cas de résiliation du contrat collectif, les garanties se poursuivent en l'état jusqu'à leur terme.

Toute modification de la définition des risques garantis ou des modalités de mise en jeu de l'assurance nécessite l'acceptation de l'assuré.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat cesse :

- en cas de survenance de toute cause d'exigibilité immédiate des sommes restant dues au prêteur prévue aux conditions générales du contrat de prêt ou à l'acte notarié, l'assuré ne faisant alors plus partie du groupe assuré ;
- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'assuré emprunteur vis-à-vis de l'organisme financier ou du particulier prêteur.

Lorsque la cessation des garanties intervient suite au rachat du crédit ou en cas de renégociation, auprès de l'organisme financier prêteur d'origine, l'assuré dispose de la faculté de solliciter auprès de la Mutuelle la mise en place d'une nouvelle assurance sans qu'aucune formalité médicale ne lui soit demandée.

La mise en œuvre de cette faculté nécessite :

- que le nouveau capital à assurer ne soit pas supérieur au capital assuré restant dû au titre du précédent contrat d'assurance,
- que la demande d'assurance soit formulée dans le délai maximum de 6 mois suivant le rachat de crédit ou sa renégociation.
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'adhérent : la résiliation de l'adhésion par l'adhérent peut être demandée à tout moment, selon les modalités ci-dessous :
 - soit par lettre ou tout autre support durable ;

- soit par déclaration faite au siège social de la Mutuelle ou chez son représentant ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par une demande adressée par voie électronique ;
- soit dans le cadre de la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle confirme à l'adhérent, par écrit, la notification de la résiliation, sous réserve de l'accord de l'organisme financier prêteur ou du particulier prêteur.

L'adhérent notifie selon ces mêmes modalités à la Mutuelle la décision de l'organisme financier prêteur ou du particulier prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance en substitution de l'actuel contrat ainsi que la date d'effet du nouveau contrat substitué en cas d'acceptation.

La résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la Mutuelle de la décision de l'organisme financier prêteur ou du particulier prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par ce dernier si celle-ci est postérieure.

En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

NB : dans tous les cas, la résiliation demandée par l'adhérent est effective sous réserve du consentement écrit de l'organisme financier ayant consenti le prêt ; en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle celle-ci s'engage à informer par courrier l'organisme financier prêteur ou le particulier prêteur réputé bénéficiaire acceptant.

La Mutuelle informera annuellement l'adhérent de son droit à résiliation, des modalités d'exercice de ce droit, ainsi que des délais de notification à respecter, ce sur support papier ou tout autre support durable.

- en cas de décès ou au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA de l'assuré,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- au 90^{ème} anniversaire de l'assuré.

Cessation des garanties

Les garanties prennent fin en même temps que l'adhésion au contrat cesse.

Pour chaque assuré, la garantie prend fin :

- au 90^{ème} anniversaire pour la garantie Décès,
- au 70^{ème} anniversaire pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- au jour de son départ en retraite ou préretraite et au plus tard jusqu'à son 70^{ème} anniversaire pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Garantie Aide à la Famille », « Invalidité Permanente Totale ou Partielle » et « Exonération »,
- au 20^{ème} anniversaire du dernier enfant à charge fiscalement de l'assuré ou lorsque l'assuré a atteint la durée maximale d'indemnisation de 28 mois pour la « Garantie Aide à la Famille ».

ARTICLE 4 – RISQUES GARANTIS

Le contrat d'assurance ne couvre que les sinistres survenus après la date d'effet de l'adhésion, de sorte que tout sinistre (arrêt de travail, état d'invalidité reconnu par le régime obligatoire de l'assuré, demande ou attribution de l'Allocation Journalière de Présence Parentale) en cours lors de l'adhésion au contrat ne pourra être pris en charge et ne fera l'objet d'aucune indemnisation.

GARANTIES DÉCÈS ET PTIA :

L'assuré est couvert au titre de ces garanties pour toute la durée du prêt dès lors que son âge en fin de prêt n'excède pas son 90^{ème} anniversaire.

La Mutuelle, selon les modalités prévues au certificat d'adhésion, verse à l'organisme financier prêteur ou du particulier prêteur désignés comme tels au certificat d'adhésion un capital tel que défini ci-dessous :

- dans le cas d'un prêt amortissable (y compris prêts modulables) sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts : la quotité assurée du montant du capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance par la Mutuelle de l'état de PTIA,
- dans le cas d'un prêt amortissable avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts : pendant la période de différé, la quotité assurée de la somme totale restant due (capital majoré des intérêts de différé) au jour du décès ou de la reconnaissance par la Mutuelle de l'état de PTIA,
- dans le cas d'un prêt relais ou d'un prêt in fine : la quotité assurée du capital mentionné au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, les mensualités du prêt restées impayées au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de PTIA ne seront pas prises en charge par la Mutuelle.

GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) – GARANTIE AIDE À LA FAMILLE (GAF) – INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) OU PARTIELLE (IPP) :

Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident, la Mutuelle lui verse une prestation correspondant au montant des échéances du prêt garanties telles que définies à l'article 2, en fonction de la quotité assurée, à l'expiration d'un délai de franchise choisi par l'adhérent lors de l'adhésion, tel qu'indiqué au certificat d'adhésion.

L'assuré inactif au jour du sinistre bénéficie d'une prise en charge identique à celle de l'assuré exerçant alors une activité professionnelle.

L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

Les options de franchise proposées à l'adhérent sont les suivantes : 30 / 60 / 90 / 120 / 180 jours continus d'arrêt de travail.

Temps partiel thérapeutique : pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit par son médecin traitant, et sauf si l'assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'IPP, **la Mutuelle poursuivra la prise en charge des mensualités à hauteur de 50 % de la quotité garantie, pendant toute la durée du temps partiel thérapeutique, dans la limite de 180 jours**, sous réserve de production par l'assuré des justificatifs correspondants. L'indemnisation du temps partiel thérapeutique suppose que l'arrêt total le précédant ait été pris en charge par la Mutuelle.

Si une expertise médicale diligentée par la Mutuelle détermine que l'incapacité n'est plus totale (hors cas de la reprise à temps partiel thérapeutique médicalement prescrite) ou n'est pas justifiée, la prise en charge est interrompue.

Rechute : en cas de rechute de l'assuré dans un délai maximum de 60 jours suivant la reprise d'activité, sous réserve que la preuve soit apportée que le nouvel arrêt de travail résulte des mêmes causes que le précédent arrêt ayant donné lieu au versement des prestations, la Mutuelle prend en charge le montant des échéances postérieures à la date du nouvel arrêt de travail, sans imposer un nouveau délai de franchise. Ces mêmes dispositions sont applicables à l'assuré sans activité professionnelle et auquel un nouveau repos total a été prescrit du fait de son état de santé.

À l'issue des limites d'indemnisation de la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » prévues au contrat, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie « Invalidité Permanente Totale ou Partielle ».

Garantie Aide à la Famille

L'assuré ayant souscrit à la garantie ITT est obligatoirement couvert au titre de la garantie Aide à la Famille.

La Garantie Aide à la Famille a pour objet le versement d'une prestation correspondant à la moitié des Echéances de prêts immobiliers garantis, telles que définies à l'article 2 et en fonction de la quotité assurée, lorsque l'assuré se trouve dans la situation où :

- il doit cesser son activité professionnelle ou sa recherche d'emploi, totalement ou partiellement pour assister son enfant, à charge fiscalement, atteint avant son 20^{ème} anniversaire d'un handicap ou victime d'un accident ou d'une maladie d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et nécessitant des soins contraignants,
- et bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la Sécurité sociale.

L'assuré est couvert au titre de cette garantie s'il réside en France depuis au moins 6 mois.

Les personnes percevant déjà l'AJPP à la date de prise d'effet des garanties ou dont la demande a été faite avant cette date ne seront pas couvertes par la GAF.

La prise en charge de la Mutuelle intervient à compter de l'attribution de l'AJPP à l'assuré. Elle est proratisée au nombre exact de jours d'absence du travail (ou du nombre de jours où l'assuré a cessé sa recherche d'emploi pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre) nécessaires à l'assuré pour assister son enfant et ayant donné lieu au versement de l'AJPP.

Le versement de la prestation se poursuit tant que l'assuré bénéficie de l'AJPP et pour une durée maximale de 14 mois renouvelable une fois dans les conditions prévues à l'article L544-3 du Code de la Sécurité Sociale. Le versement de cette prestation peut être continu ou discontinu, **dans la limite de 28 mois sur la durée totale de l'adhésion.**

Les prestations versées au titre de la Garantie Aide à la Famille ne se cumulent pas avec celles versées au titre d'une autre garantie du contrat, à l'exception de la garantie Exonération.

Cas de parents co-emprunteur : les prestations peuvent se cumuler en cas d'arrêt d'activité professionnelle ou de recherche d'emploi des deux parents. Les limitations sont entendues par assuré.

Les prestations dues au titre de la GAF cesseront d'être versées :

- **au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard au 70^{ème} anniversaire de l'assuré, en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée,**
- **lorsque l'Assuré ne bénéficie plus de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) et n'est plus en mesure d'en fournir les justificatifs de versement,**
- **lorsque l'enfant concerné atteint son 20^{ème} anniversaire ou cesse d'être fiscalement à la charge de l'Assuré,**
- **lorsque la limite des 28 mois de prestation sur une période continue ou discontinuée est atteinte,**
- **au jour du décès de l'assuré.**

Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Lors de l'adhésion, l'adhérent a le choix entre 2 options de garanties :

- l'invalidité permanente totale uniquement (>66%, taux en orange foncé dans le tableau),
- l'invalidité permanente totale (>66%) ou partielle (comprise entre 33% et 66%, taux en orange clair dans le tableau).

Des taux d'invalidité inférieurs à 33% (en blanc dans le tableau) ne peuvent donner lieu à aucune prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

- L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'assuré, en fonction de l'option choisie à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion, la Mutuelle verse à l'assuré, tout ou partie des échéances du prêt garanties dès la date de consolidation de l'état de santé, ce en fonction du taux d'invalidité défini au vu du tableau ci-dessous.

Il est également possible pour l'assuré, au moment de la survenance du sinistre au titre d'une Invalidité Permanente Totale, d'opter pour le versement de la quotité assurée du montant du capital restant dû en lieu et place de la prise en charge des échéances de prêt garanties, sous réserve de l'accord du Service Médical de la Mutuelle.

La franchise s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée au titre du contrat.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'assuré. Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0% à 100%. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise et par référence au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par la revue « Le Concours Médical ».

En cas de poly-pathologie ou de déficits multiples, le taux d'incapacité fonctionnelle sera arrêté en tenant compte des méthodologies de calcul figurant à la revue « Le Concours médical » et appliquées en droit commun.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi de 0% à 100%. Il est fixé par expertise. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est par conséquent déterminé en fonction des deux taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

Taux d'incapacité Professionnelle (%)	Taux d'incapacité Fonctionnelle (%)									
	10 à 19	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79	80 à 89	90 à 99	100
10 à 19	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46
20 à 29	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58
30 à 39	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67
40 à 49	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74
50 à 59	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60 à 69	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70 à 79	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80 à 89	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90 à 99	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Si le taux d'invalidité « N », déterminé à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle tels que définis ci-dessus, est :

- Supérieur à 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale. Les mensualités du prêt sont prises en charge en totalité, ce en fonction de la quotité assurée,
- Compris entre 33% et 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle. La prise en charge par la Mutuelle des mensualités du prêt est calculée par application de la formule suivante : $[(N - 33\%) / 33] \times \text{montant de l'échéance de prêt} \times \text{quotité assurée}$.

Si le résultat obtenu après application de la formule est inférieur à 50, la Mutuelle prendra néanmoins en charge les mensualités de prêt en fonction de la quotité assurée à hauteur de 50%.

La Mutuelle aura la possibilité de réviser ce taux, après un nouvel examen médical, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

L'appréciation faite par la Mutuelle de l'état d'invalidité de l'adhérent, et les modalités de fixation des taux telles que décrites ci-dessus, sont indépendantes de celles retenues par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à la Mutuelle.

Un assuré ne peut être considéré en Invalidité Permanente Totale s'il continue d'exercer une activité professionnelle.

Échéances du prêt garanti en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

Les prestations garanties sont forfaitaires et sont servies sans référence aucune à la perte de revenus subie par l'assuré.

Toutefois, dès lors que le prêt objet de l'assurance serait assuré auprès de la Mutuelle à hauteur d'une quotité de 100% par un emprunteur et un co-emprunteur, le versement de la Mutuelle en cas d'arrêt de travail simultané de ces derniers ne saurait excéder le montant de la mensualité de prêt dû à l'organisme financier prêteur ou au particulier prêteur.

La Mutuelle prend en charge les échéances du prêt telles que définies à l'article 2, au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail (ou éventuellement du nombre de jours de repos complet médicalement prescrit pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre) justifiés et décomptés depuis la fin du délai de franchise.

GARANTIE EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, DE MISE EN JEU DE LA GARANTIE AIDE A LA FAMILLE OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE :

L'adhérent ayant choisi cette option de garantie, mentionnée au certificat d'adhésion, se voit rembourser les cotisations réglées au titre du contrat en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, de prise en charge au titre de la Garantie Aide à la Famille ou d'Invalidité Permanente Totale, ce dans les conditions ci-après.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de mise en jeu de la Garantie Aide à la Famille ou d'Invalidité Permanente Totale de l'assuré, l'adhérent bénéficie du remboursement des cotisations réglées au titre de l'ensemble des garanties souscrites, ce pour toute la période d'arrêt de travail donnant lieu à prise en charge, déduction faite du délai de franchise applicable au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail/ Invalidité Permanente Totale.

L'exonération prend fin dans les mêmes conditions que celles prévues pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail / Garantie Aide à la Famille / Invalidité Permanente Totale ».

Les garanties « Incapacité Temporaire Totale de Travail/Invalidité Permanente Totale ou Partielle/Exonération » ne peuvent être souscrites qu'en complément des garanties « Décès/PTIA ».

La présente garantie ne couvre pas l'incapacité temporaire partielle.

Un assuré couvert exclusivement au titre des garanties « Décès/PTIA » ne peut prétendre à cette garantie.

GARANTIE INVALIDITÉ AERAS

Cette garantie est subsidiaire à la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat.

La Mutuelle s'engage à étudier la possibilité de proposer à l'assuré la garantie Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle demandée à l'adhésion, n'a pu être accordée à l'assuré,
- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle a été accordée avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas la Mutuelle s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

La garantie Invalidité AERAS, si elle est accordée, ne peut comporter aucune exclusion des pathologies éventuellement présentées par l'assuré au moment de son adhésion.

Cette garantie intervient lorsque, par suite d'accident ou de maladie, le taux d'incapacité fonctionnelle de l'assuré est d'au moins 70% et qu'une incapacité professionnelle a pu être constatée.

Le bénéficiaire de cette garantie est l'assuré.

En cas d'Invalidité AERAS, consécutive à une maladie ou à un accident, la Mutuelle verse à l'assuré les échéances du prêt garanti telles que définies à l'article 2 et en fonction de la quotité assurée, dès la date de consolidation de l'état d'invalidité et dans la limite de la perte de revenus subie (cf. définition ci-après).

Perte de revenus subie

La perte de revenus subie est égale à la différence entre le revenu de référence et les revenus perçus au cours de la période d'invalidité indemnisée.

Le revenu de référence est égal à la moyenne mensuelle des salaires nets perçus au cours des 12 mois précédant l'incapacité de travail ayant donné lieu par la suite à l'invalidité, rapportée à la période indemnisée. Le revenu de référence est revalorisé à l'issue d'une période de 12 mois d'invalidité ; il est ensuite actualisé annuellement, au 1^{er} juillet de chaque année, selon la formule d'indexation suivante :

$$\frac{R \times I(N)}{I(N-1)}$$

R = revenu de référence

I (N) = indice d'évolution des salaires pour l'ensemble des salariés du secteur privé publié par l'INSEE au 1^{er} janvier de l'année en cours.

I (N - 1) = indice d'évolution des salaires pour l'ensemble des salariés du secteur privé publié par l'INSEE au 1^{er} janvier de l'année précédente.

Le revenu perçu au cours de la période d'invalidité indemnisée est le total :

- de vos rémunérations et indemnités imposables versées par votre employeur,
- des prestations versées par votre Régime Obligatoire,
- des prestations versées par les organismes de prévoyance complémentaire.

La pension due au titre de l'Invalidité AERAS est versée mensuellement à l'assuré dès la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

Une franchise de 90 jours s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée par la Mutuelle.

L'Invalidité AERAS est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle de l'assuré et de son taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel une prise en charge peut être accordée est d'au minimum 70%.

Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise médicale diligentée par la Mutuelle et par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologies, ce taux est obtenu par sommation des taux attribués au titre de chacune des pathologies constatées. La Mutuelle aura la possibilité de réviser ce taux, après expertise médicale, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

L'assuré en désaccord avec le taux d'incapacité fonctionnelle qui aura été fixé, a la possibilité de faire procéder à ses frais à une contre-expertise tel que prévue à l'article 8 du contrat « Litiges et arbitrages ». L'incapacité professionnelle est établie dès lors que l'assuré, sur présentation des justificatifs établis par son Régime Obligatoire, apparaît dans l'impossibilité totale de poursuivre

l'activité professionnelle qui était la sienne antérieurement à la maladie ou à l'accident.

Les pièces justificatives de l'incapacité professionnelle sont mentionnées à l'article 7 « que faire en cas de sinistre ? ».

L'assuré exerçant une activité professionnelle ne peut percevoir une quelconque indemnisation au titre de l'Invalidité AERAS.

ARTICLE 5 – TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

L'assurance est valable dans le monde entier sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion, et ce quelle que soit la nature du déplacement (personnel, professionnel, humanitaire).

ARTICLE 6 – CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Exclusions non rachetables

L'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récurrences sont exclus :

Le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion ; toutefois le risque de suicide sera couvert à compter de la date d'effet de l'adhésion dans la limite de 120 000 Euros maximum (montant fixé par décret) pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale ;

- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes ;
 - la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire ;
 - Les effets directs et indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations, les souffles provenant des combustibles nucléaires, des produits ou déchets radioactifs, des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, des transmutations des noyaux d'atome, sauf si ces effets proviennent :
 - d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ; ou
 - d'une fausse manœuvre ou d'une erreur de la part du médecin, lors du traitement ou de l'examen de l'assuré en qualité de patient.
 - les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire ;
 - la manipulation par l'assuré ou d'un tiers, d'armes, d'explosifs et de tout autre produit dangereux dont la détention et l'utilisation sont interdites par la législation française ;
 - les vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité, ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
 - les actes consécutifs à l'ivresse et au délire alcoolique de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur, si l'assuré est reconnu responsable de l'accident,
 - l'alcoolisme chronique médicalement constaté et traité, ses suites, conséquences et récurrences,
 - l'usage de stupéfiants, drogues.
- Les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des sports ou activités sportives suivants, leurs suites et conséquences :**
- sports de neige hors-piste ;
 - base jump ;
 - sky surfing ;
 - sky flying ;
 - saut à l'élastique ;
 - zorbing ;

- VTT de descente (dans le cadre ou en dehors de toute compétition) ;
- exercices acrobatiques ;
- toute activité sportive comprenant des acrobaties ;
- les états d'invalidité préexistants à l'adhésion et ayant donné lieu à reconnaissance par le régime obligatoire de l'assuré, leurs suites et conséquences, sauf à ce que ces états d'invalidité aient été déclarés à l'adhésion et aient fait l'objet d'une acceptation aux conditions normales de tarification ou aient été acceptés avec majoration de cotisations.
- les handicaps préexistants à l'adhésion et ayant donné lieu à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés, leurs suites et conséquences, sauf à ce que ces handicaps aient été déclarés à l'adhésion et aient fait l'objet d'une acceptation aux conditions normales de tarification ou aient été acceptés avec majoration de cotisations.

Exclusions rachetables

La pratique à titre amateur des sports ou activités sportives suivants non pratiqués ou non déclarés par l'assuré au jour de l'adhésion :

- tout sport de combat ;
- tout sport nécessitant l'usage d'engins à moteur (terre, mer au-delà de 6 milles des côtes et air) ;
- toute activité, sportive ou de loisir, de voltige ;
- activité du cirque ;
- activité souterraine ;
- activité aérienne, fluviale (rafting, canyoning, hydrospeed) ;
- activité sportive maritime au-delà de six milles des côtes (en deçà de six milles des côtes l'assuré est garanti sous réserve d'être en conformité avec la réglementation française en vigueur) ;
- activité sportive subaquatique au-delà de 40 mètres de profondeur (en deçà de 40 mètres de profondeur, l'assuré est garanti sous réserve de justifier d'un équipement technique ainsi que d'un diplôme ad hoc requis pour cette discipline) ;
- tout sport et activité de montagne au-delà de 2500 mètres d'altitude excepté le ski et le surf des neiges pratiqués sur piste balisée, à l'exception des sports ou activités sportives listés ci-avant au titre des exclusions non rachetables. Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces sports et activités sportives d'en faire la demande à la Mutuelle lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garantis, ces sports et activités sportives devront avoir été préalablement déclarés et acceptés par la Mutuelle et faire l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion.

Par ailleurs, et ce en dehors de toute demande de l'assuré aux fins d'être garanti pour ces sports et activités sportives, ceux-ci sont automatiquement garantis dès lors qu'ils sont pratiqués à titre amateur et de façon exceptionnelle (baptême ou initiation) dans un pays de l'Union Européenne ou dans l'un des pays suivants : Suisse, Amérique du Nord, Japon, Nouvelle-Zélande, Australie.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Exclusions non rachetables

- l'usage de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou à dose non prescrite par une autorité médicale, ou obtenus frauduleusement ;
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non ;

- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.

Exclusions rachetables

Les sinistres survenant à l'occasion de la pratique des professions et activités suivantes, leurs suites et conséquences :

- sportif professionnel ;
- guide de haute montagne ;
- moniteur de ski ;
- surveillance armée / maintien de l'ordre ;
- personne travaillant sur une plateforme pétrolière ;
- artiste de cinéma ou de télévision / intermittent du spectacle ;
- travaux forestiers.

Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces professions et activités d'en faire la demande à la Mutuelle lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garanties, ces professions et activités devront avoir été préalablement déclarées et acceptées par la Mutuelle et faire l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion.

Les affections « dorsales » et « psychiatriques » :

- les atteintes discales de type hernie, protusion et pincement; cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sciatgie, cruralgie, discopathie, scoliose, cyphose et lordose, canal lombaire étroit, sciatgie, les atteintes vertébrales de type: spondylolisthésis et spondylarthrose; fracture vertébrale et entorse vertébrale, névralgie cervico-brachiale.

Les exclusions de ces affections "dorsales" ne s'appliquent pas en cas d'origine tumorale ou s'il s'agit d'une fracture ou si une intervention chirurgicale est nécessaire durant cette incapacité de travail nécessitant une hospitalisation d'au moins 5 jours continus. Au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une (les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surcotisation spécifique et après acceptation par la Mutuelle.

- Dépression, dépression nerveuse et dépression réactionnelle, syndrome anxiodépressif, syndrome maniaco-dépressif, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, syndrome de fatigue chronique, épuisement, asthénie, burn-out, bore-out, boulimie, anorexie, hyperphagie, schizophrénie et trouble schizoaffectif, hallucination et trouble délirant, trouble phobique, trouble anxieux, anxiété généralisée, insomnie, narcolepsie et hypersomnie, syndrome de stress post traumatique, stress réactionnel, fibromyalgie et syndrome douloureux régional complexe.

Les exclusions de ces affections « psychiatriques » ne s'appliquent pas dès lors qu'elles ont motivé une hospitalisation d'au moins 9 jours continus en milieu psychiatrique dans les six mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail. Au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surcotisation spécifique après acceptation de la Mutuelle.

Le rachat de ces exclusions permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces affections d'en faire la demande à la Mutuelle lors de l'adhésion, ou en cours de vie de celle-ci ; la garantie de ces affections, sans aucune condition d'hospitalisation, fait l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion : garantie optionnelle « Dos » et/ou garantie optionnelle « Psy ».

ARTICLE 7 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais indiqués ci-dessous, doit déclarer à la Mutuelle, ou par délégation à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à la Mutuelle (ou le cas échéant à son médecin-conseil) de toutes les pièces et justificatifs nécessaires à la Mutuelle pour l'étude du dossier en fonction des garanties souscrites, ces pièces étant les suivantes :

PIÈCES JUSTIFICATIVES COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

Un constat de gendarmerie ou rapport de police précisant la date de survenance et les circonstances de l'évènement lorsque le sinistre résulte des suites d'un accident, une attestation de l'organisme prêteur confirmant le montant de la prestation à verser, le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré ou une copie de l'extrait de compte sur lequel figure la mensualité de prêt réglée au titre du prêt assuré, ou pour les prêts entre particuliers l'acte notarié constatant le prêt, tout avenant établi ultérieurement, comportant l'échéancier des remboursements du prêt contracté et le cas échéant un extrait de relevés de compte bancaire faisant apparaître les remboursements afférents au prêt contracté.

PIÈCES JUSTIFICATIVES SPÉCIFIQUES À CHACUNE DES GARANTIES :

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès de l'assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle,
- un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la Mutuelle) précisant notamment les causes du décès et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, en particulier s'il résulte d'un accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- la notification de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq actes ordinaires de la vie tels que définis par la Sécurité sociale délivrée par le Régime Obligatoire,
- sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la Mutuelle) et précisant la nature et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, confirmant que l'assuré se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit et l'obligeant à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq actes ordinaires de la vie tels que prévus au Code de la Sécurité sociale.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

- sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la Mutuelle) précisant notamment la nature de la maladie, la date de son apparition ou s'il s'agit d'un accident la date de survenance et la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire totale, la date et l'importance de l'invalidité retenue,
- les certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation, la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire.

En cas de mise en jeu de la Garantie Aide à la Famille

- l'attestation de paiement établie mensuellement par la Caisse des allocations familiales ou la MSA de l'allocation journalière de présence parentale, définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la Sécurité sociale.

Pour toutes les garanties souscrites, la Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier et d'effectuer un contrôle médical.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu en attente des résultats de ce contrôle, si l'assuré ou le bénéficiaire refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré ou le bénéficiaire apporterait la preuve.

Conformément à la réglementation applicable en matière de secret médical, tout justificatif de nature médicale devra être transmis sous

pli confidentiel au médecin-conseil de la Mutuelle par l'intermédiaire de l'assuré ou, en cas de décès, par l'intermédiaire de l'ayant droit.

La Mutuelle s'engage, après acceptation du sinistre et dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives, à régler les prestations dues.

DÉLAIS DE DÉCLARATION :

Le sinistre doit être déclaré dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance. **À défaut de déclaration dans le délai précité, le sinistre sera considéré comme étant survenu au jour de sa déclaration et la franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.**

Toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra également être déclarée dans un délai maximum de 30 jours.

À défaut de déclaration dans le délai précité, l'assuré sera considéré comme ayant repris son activité professionnelle à l'expiration de la période indiquée dans le certificat d'arrêt de travail précédemment remis à la Mutuelle et les périodes comprises entre cette date et le début de la période de prolongation reçue tardivement ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation.

ARTICLE 8 – LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par la Mutuelle, ou bien par son médecin-conseil, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, une tierce expertise sera alors réalisée ; le coût de la tierce expertise est supportée pour moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel.

ARTICLE 9 – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

Au moment de l'adhésion, l'assuré s'engage dès qu'il en a connaissance et au plus tard avant la prise d'effet des garanties, à informer la Mutuelle de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque à assurer (changement des caractéristiques du (des) prêt(s) assuré(s), situation personnelle et professionnelle, déplacements professionnels).

En cours de vie de l'adhésion, l'assuré s'engage également à informer la Mutuelle dans les 30 jours de l'évènement :

- de tout remboursement partiel ou total du prêt bancaire,
- de tout changement des caractéristiques du(des) prêt(s) assuré(s) intervenant postérieurement à la prise d'effet des garanties et/ou de l'avenant,
- Pour toute demande d'adjonction de garantie l'assuré s'engage à informer la Mutuelle : de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque décrits ci-dessus ainsi que toute modification de son état de santé dès lors que des formalités médicales seraient requises, intervenue antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties. En revanche, en cas de modification en cours de vie de l'adhésion des éléments déclarés à l'adhésion suivants : activité professionnelle, séjour professionnel à l'étranger et/ou pratique d'un sport, tabagisme, dès lors qu'ils ne relèvent pas d'une exclusion prévue au certificat d'adhésion ou à la notice d'information, l'assuré n'est pas contraint d'en informer la Mutuelle qui prendra en compte la nouvelle situation de l'assuré au moment du sinistre,
- toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou

en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité, les cotisations versées restant acquises à la Mutuelle. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

ARTICLE 10 – COTISATIONS

La cotisation annuelle est calculée en fonction des caractéristiques propres à l'assuré telles que l'âge (âge à l'adhésion) ou l'activité professionnelle, et des éléments constitutifs du risque à assurer (montant du capital initial assuré ...) déclarés à l'adhésion. Cette cotisation est fixe.

La cotisation annuelle ainsi calculée et acceptée par l'adhérent lors de l'adhésion est maintenue par la Mutuelle pour toute la durée de l'adhésion, y compris en cas de changement de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré sous réserve des exclusions prévues au présent contrat.

Les cotisations pourront être revues en cas d'évolution des garanties (adjonction ou suppression de garanties), en cas d'évolution des caractéristiques du prêt assuré.

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, ce sans frais de fractionnement ; la périodicité est choisie à l'adhésion.

À défaut de paiement des cotisations dues dans le délai de 10 jours suivant leur échéance, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent, fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion est résiliée de plein droit ; toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. En cas de paiement des sommes demandées sur la lettre de mise en demeure, après suspension mais avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du paiement.

La Mutuelle s'engage à informer par courrier l'établissement prêteur ou le particulier prêteur de tout acte de mise en demeure pour non-paiement ou de résiliation.

ARTICLE 11 – EXAMEN DES RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Pour toute réclamation liée à l'application du contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la Mutuelle (<https://www.harmonie-mutuelle.fr>) ou en envoyant un courrier postal à son centre de gestion habituel.

La Mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, au terme du processus de traitement des réclamations défini par la Mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la Mutuelle, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à : CNPM – MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 Saint-Chamond.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

ARTICLE 12 – PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

PRESCRIPTION :

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité,

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

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

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

Conformément aux dispositions de l'article L221-12 du Code de la Mutualité, « 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé 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. »

PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX :

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris ; tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. L'ensemble des prélèvements sociaux et fiscaux, présents ou futurs, dont la récupération est licite, est à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 13 – FACULTÉ DE RENONCIATION

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet (c'est-à-dire du jour de la signature de la demande d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 30 jours précité, à l'adresse suivante : TWINSEO - 2 quai du Commerce - 69009 Lyon, une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de ma demande d'adhésion le... »

Date et signature.

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à la Mutuelle, sa volonté de se rétracter.

ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La Mutuelle, et son délégataire de gestion, en tant que responsables conjoints de traitement, mettent en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat « Protection Emprunteur – en capital initial ».

Ils seront également susceptibles de les utiliser pour le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de leurs obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de l'offre (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour les opérations relatives à l'organisation de la vie institutionnelle relevant de ses statuts.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle et son gestionnaire étant légalement tenus de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, ils sont susceptibles de solliciter l'adhérent pour les vérifier ou être amenés à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et de son délégataire de gestion ainsi qu'à l'association souscriptrice du contrat et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux acteurs intervenant dans le cadre de la conclusion et de la gestion du contrat, aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités, ainsi qu'aux réassureurs. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de ses données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après son décès. Il dispose en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de

ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle et de son délégataire de gestion.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent peut solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de ses données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, il peut également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (blocktel.gouv.fr).

L'adhérent peut exercer ses droits :

- pour les demandes relatives à la passation, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat « Protection Emprunteur – en capital initial » auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – du Délégataire de gestion de la Mutuelle à l'adresse : dpo@twinseo.fr. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.
- pour les demandes relatives à la distribution du contrat « Protection Emprunteur – en capital initial » au Responsable Protection des données – Data Protection Officer – de Harmonie Mutuelle par mail à l'adresse : dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à : « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.

Pour des raisons de confidentialité, les demandes liées aux données de santé couvertes par le secret médical doivent être adressées au médecin-conseil d'Harmonie Mutuelle, 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 – 45004 Orléans Cedex 1.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de ses droits, il peut décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

ARTICLE 15 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME – GEL DES AVOIRS – ANTICORRUPTION

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (l'origine des fonds ou ressources déclaré). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la Mutuelle : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>.

ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), situé au : 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 – FICHE SYNTHÉTIQUE DES GARANTIES ET DE LEURS PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

LES GARANTIES	
Décès	Article 4 « Risques garantis »
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	
Garantie Aide à la famille (GAF)	
Invalidité Permanente Totale (IPT)	
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	
LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES PROPOSÉES	
Couverture des sports amateurs pratiqués par l'emprunteur à la date de souscription	Article 6 « Ce que ne couvre pas le contrat »
Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier : - à titre personnel - à titre professionnel ou humanitaire	Article 5 « Territorialité des garanties »
GARANTIE DÉCÈS	
Couverture de la garantie décès pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 90 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	Article 4 « Risques garantis »
GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	
Couverture de la garantie PTIA pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	Article 4 « Risques garantis »
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	Article 2 « Définitions contractuelles » Article 4 « Risques garantis »
Délais de franchise proposés au choix de l'adhérent : - 30 jours - 60 jours - 90 jours - 120 jours - 180 jours	
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Pour une personne en activité, prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
Maintien de la couverture en cas de temps partiel thérapeutique avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée de 180 jours	
Couverture des inactifs au moment du sinistre avec une prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	Article 6 « Ce que ne couvre pas le contrat »
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	
GARANTIE AIDE A LA FAMILLE	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite et du 20 ^{ème} anniversaire du dernier enfant de l'assuré)	Article 4 « Risques garantis »
Prestation égale à la moitié de la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
Couverture des inactifs au moment du sinistre avec une prestation égale à la moitié de la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
GARANTIE INVALIDITÉ	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	Article 4 « Risques garantis »
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité professionnelle en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité partielle (IPP) à partir de 33%	
Couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	Article 6 « Ce que ne couvre pas le contrat »
Couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	

