

Le présent document constitue la Notice d'Information prévue par la législation. Il décrit les dispositions essentielles du contrat groupe d'assurance à adhésion facultative souscrit par l'Association des Assurés de ZENIOO (Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - 33 rue de la République 69002 LYON) 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. Le présent document est établi en application de l'article L.221-4 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de la de MNCAP. Il définit le contenu des engagements contractuels réciproques entre la Mutuelle et chaque Assuré en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 1 – DEFINITIONS

Pour une meilleure compréhension de la présente Notice d'information, nous vous proposons de vous référer au Lexique ci-dessous :

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 qui souscrit au contrat et en paie les cotisations. L'Adhérent a aussi la qualité d'Assuré. L'Adhérent peut être membre d'une personne morale qui s'engage irrévocablement à payer les cotisations pour le compte de l'Assuré.

Age : Les âges sont définis en âges exacts.

Assuré : Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance. Il peut être représentant d'une personne morale, Emprunteur, Co-Emprunteur, Caution du prêt.

Assuré sans activité professionnelle : Sont considérés sans activité professionnelle les Chômeurs, les Inactifs et les personnes en congé parental.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra les prestations prévues dans la notice d'information en cas de réalisation du risque.

Bon pour accord : Proposition d'assurance émise par la Mutuelle précisant le montant du prêt garanti, la Quotité assurée, les garanties accordées, les conditions tarifaires, les événements faisant l'objet de réserve et les conditions particulières. Son retour daté et signé de la main de l'Assuré matérialise l'acceptation des conditions d'assurance par ce dernier.

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

Caution : Personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement des mensualités du prêt par le (Co) Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. L'Assuré caution ne peut souscrire qu'aux seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Certificat Individuel 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 annuelles, le montant des prélèvements effectués selon la périodicité choisie par l'Adhérent.

Chômeur : Assuré bénéficiant de droits aux prestations de Pôle Emploi ou d'organismes similaires au moment du Sinistre.

Co-Emprunteur : La (les) personne(s) 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.

Conjoint : Conjoint de l'Assuré au jour du décès, 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 de 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.

Convention AERAS : (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) – Dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé.

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

Contrat : Le Contrat est formé par l'acceptation de l'Assuré des statuts de la Mutuelle, des conditions générales reprises dans la notice d'information et éventuellement des conditions particulières présentées dans le Bon pour accord.

Demande Individuelle d'Adhésion (DIA) : Document fourni par la Mutuelle complété et signé par le Candidat à l'Assurance afin de formaliser sa demande d'adhésion au Contrat.

Dos et Psy : La garantie DOS et PSY permet à l'assuré d'être couvert en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IPPRO résultant d'une atteinte discal et / ou vertébrale et / ou radiculaire ou résultant d'une affection psychiatrique. La liste des pathologies couvertes est précisée à l'article 9.3.

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

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail, choisi par le Candidat à l'Assurance (30, 60, 90, 120 ou 180 jours) et figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant, au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale et des garanties Invalidité. **Les personnes sans activité ou ne résidant pas en France continentale sont éligibles uniquement aux Franchises 90, 120 ou 180 jours. Le choix de la Franchise est le même pour toutes les garanties.**

Inactif : Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée fiscalement déclarée au moment du Sinistre.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : L'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale, si à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale totale et continue, médicalement constatée d'exercer, même à temps partiel, la profession pratiquée au jour du Sinistre.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, s'il est temporairement contraint, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile ou en centre de soins, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations quotidiennes (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. La Mutuelle se réservera le droit de mandater une expertise médicale.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, 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 constatée, d'exercer toute ou partie de la profession pratiquée au jour du Sinistre ou toutes ses occupations

habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles) si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du Sinistre ;

- et s'il lui est reconnu sur la base du barème croisé prévu au contrat par le Médecin-Expert désigné par la Mutuelle, un taux global d'invalidité « N » compris entre 33% et 66%.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, 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, totale et définitive, médicalement constatée, d'exercer la profession pratiquée au jour du Sinistre (ou toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles) si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du Sinistre) ;
- et s'il lui est reconnu sur la base du barème croisé prévu au contrat par le Médecin-Expert désigné par la Mutuelle, un taux d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

Invalidité Permanente de certaines Professions médicales et Paramédicales : L'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Professionnelle à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), s'il se trouve dans l'incapacité définitive, sa Profession Médicale ou Paramédicale. Elle est constatée médicalement et appréciée selon un barème spécifique au contrat.

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.

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 constatée(e) 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).

Professions Médicales et Paramédicales : Au sens du présent contrat, il s'agit exclusivement des professions suivantes : médecin, pharmacien, interne en médecine, sage-femme, chirurgien, chirurgien-dentiste, vétérinaire, kinésithérapeute, ostéopathe.

Quotité : Niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital restant dû, précisée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier Certificat Individuel d'Adhésion avenant, pour les garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Invalidité Permanente Totale, et de la mensualité pour les garanties Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Partielle.

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 : Evènement susceptible de mettre en œuvre l'une ou l'autre des garanties prévues par le Contrat.

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.

ARTICLE 2 - BASE JURIDIQUE

La notice d'information est régie par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur.

ARTICLE 3 - OBJET DE L'ASSURANCE

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO - société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 - Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, la notice d'information a pour objet de garantir les personnes physiques, les représentants des personnes morales, adhérent à la Mutuelle, Emprunteur, Co-Emprunteur, Caution d'un ou plusieurs prêt(s) avant remboursement intégral contre les risques :

Garanties obligatoires :

Décès

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Garanties optionnelles :

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Invalidité Permanente de certaines professions médicales et paramédicales (IPPRO)

Les garanties optionnelles ne peuvent être souscrites que si le Candidat à l'Assurance a souscrit les garanties Décès et PTIA.

Ces garanties sont définies à l'article 9 de la présente notice d'information.

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

- **Formule 1 :** Décès - PTIA ;
- **Formule 2 :** Décès - PTIA - IPT - ITT - DOS et PSY ;
- **Formule 3 :** Décès - PTIA - IPT - ITT - IPP - DOS et PSY ;
- **Formule 4 :** Décès - PTIA - IPT - ITT - IPPRO - DOS et PSY.

Les garanties sont proposées par type de prêts, par territorialité et dans les conditions précisées ci-après et à l'article 9.

Seuls les prêts professionnels de personnes exerçant une Profession Médicale ou Paramédicales sont éligibles à la formule 4.

Les personnes sans activité professionnelle et résidant en France continentale sont uniquement éligibles aux formules 1 et 2.

Les personnes en activité résidant en Corse ou dans les DROM sont uniquement éligibles aux formules 1 et 2.

Les personnes sans activité résidant en Corse ou dans les DROM sont uniquement éligibles à la formule 1.

Les personnes ne résidant pas en France ou résidant à Mayotte ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat.

Lorsque l'assurance est consentie à des conditions particulières, seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur le Bon pour Accord qui lui est adressé par la Mutuelle.

Les Quotités assurées au titre des garanties optionnelles IPT, ITT et IPP doivent être identiques. Elles peuvent être inférieures et au plus égales à la Quotité assurée au titre de la garantie Décès - PTIA.

Le total des capitaux assurés au titre de la notice d'information, pour un même Assuré, ne pourra en aucun cas excéder 5 000 000€, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés. Les affaires portant sur des montants plus importants pourront être soumises à la Mutuelle pour accord dérogatoire.

La prestation unique pour l'IPT est globalement limitée à 2 500 000€ par Assuré.

La prestation unique pour l'IPPRO est globalement limitée à 1 500 000€ par Assuré.

ARTICLE 4 – PRÊTS ASSURABLES

La notice d'information couvre les prêts énumérés ci-après :

- Prêts immobiliers avec ou sans différé à taux fixe ou à taux variable :
 - o Amortissables,
 - o Relais,
 - o In fine,
 - o A taux zéro,
- Prêts professionnels,
- Prêts personnels.

La durée des prêts assurée est limitée à 25 ans (300 mois) y compris différé éventuel (limité à 36 mois), hormis les prêts relais qui sont limités à 3 ans (36 mois) y compris différé éventuel,

Il est précisé que le bien objet du financement assuré est situé en France continentale, en Corse ou dans les DROM (hors Mayotte) et que le prêt est libellé en euros et rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme bancaire situé en France (hors Mayotte).

Le capital minimum assuré pour les prêts immobiliers non professionnels est de 200 000 € (y compris l'encours d'autres prêts assurés déclarés par le candidat à l'assurance), si l'échéance du prêt est antérieure au 60^{ème} anniversaire du Candidat à l'assurance.

Le capital minimum assuré dans tous les autres cas est 17 000€.

ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHÉSION EN VUE DE L'ADMISSION A L'ASSURANCE

Tout Candidat à l'Assurance doit :

- Être âgé à la date d'effet des garanties :
 - D'au moins 50 ans et de moins de 80 ans pour l'adhésion de la garantie Décès,
 - d'au moins 50 ans et de moins de 65 ans pour l'adhésion des garanties PTIA, IPT, ITT et IPP,
 - d'au moins 50 ans et de moins de 61 ans pour l'adhésion à la garantie IPPRO
- Justifier de l'existence du prêt, de sa durée, de son taux et de son amortissement, résider en France continentale, en Corse dans les DROM-COM. Pour tout candidat résidant dans un autre pays, une dérogation peut être demandée à la Mutuelle,
- Avoir satisfait aux formalités de sélection des risques,
- Avoir un compte domicilié en France sur lequel les cotisations sont prélevées.

Les adhésions sont reçues à l'aide d'une Demande Individuelle d'Adhésion mise à la disposition des Candidats à l'Assurance par la Mutuelle. La signature de cet imprimé matérialise la demande d'adhésion à la Mutuelle.

L'admission est subordonnée, en fonction des capitaux à garantir et/ou à l'âge du Candidat à l'Assurance, à la réalisation des formalités de sélection des risques en vigueur à l'adhésion. Pour les besoins de la sélection médicale, le prêt relais n'est pas pris en compte dans le montant des capitaux à garantir jusqu'à 300 000€ et s'il est adossé à un prêt principal.

En cas d'adhésion effective, de refus ou d'acceptation avec restriction de garanties et/ou majoration de cotisations de la part de la Mutuelle, les frais d'examen médicaux engagés par le Candidat à l'Assurance ou l'Assuré seront pris en charge directement par la Mutuelle si les examens

sont réalisés dans un centre de santé agréé par la Mutuelle et, dans tous les autres cas, seront remboursés sur présentation des factures originales des examens médicaux dans les limites des remboursements indiqués sur le document des formalités médicales pour l'adhésion. En revanche, le Candidat à l'Assurance ou l'Assuré supportera les honoraires d'examen lorsque ces derniers n'auront pas été sollicités par la Mutuelle, lorsqu'il ne donne pas suite à un accord d'assurance émis par la Mutuelle sans restriction et/ou majoration et en cas de renonciation de sa part après la signature du Certificat Individuel d'Adhésion, sauf si cette renonciation fait suite à un refus de la banque.

Le Médecin-Conseil de la Mutuelle se réserve le droit :

- De demander toutes justifications, visites ou examens complémentaires (rapport médical, analyses biologiques ou tout autre élément) nécessaires à l'appréciation du risque. S'il s'agit d'informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de la Mutuelle,
 - De majorer la cotisation, de restreindre ou d'exclure des garanties.
- Dans ce dernier cas, les conditions d'acceptation à l'assurance sont notifiées au Candidat à l'Assurance par lettre sous pli confidentiel, appelé « Bon pour accord », valable pour une Date d'effet intervenant dans les 120 jours à compter de sa date d'émission.

L'acceptation expresse de l'Assuré est matérialisée par le retour signé du Bon pour Accord à la Mutuelle. Elle conditionne l'émission du Certificat Individuel d'Adhésion par la Mutuelle.

A défaut, sauf accord de la Mutuelle, des formalités d'Adhésion devront être renouvelées.

ARTICLE 6 – INCONTESTABILITE

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. »

En cas d'omission ou de fausse déclaration non intentionnelle, il sera fait application des dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité.

Article L.221-15 :

« Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

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'Assuré 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 7 – PROCEDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVE DE SANTE – CONVENTION AERAS

7.1 Objet de la Convention

Conformément à la Convention AERAS, le renseignement du Questionnaire de santé n'est pas obligatoire pour l'assurance des prêts à la consommation affectés ou dédiés, sous réserve des conditions suivantes :

- leur montant ne dépasse pas 17 000 euros,
- leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans,
- le candidat à l'assurance a 50 ans au plus,
- le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

Les dispositions mentionnées ci-dessous ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels.

Le dossier du Candidat à l'Assurance présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat d'assurance, (niveau 1 de ladite Convention) sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance de « 2^{ème} niveau » qui permet un réexamen individualisé de la demande.

Une proposition tarifaire personnalisée est adressée sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (Questionnaire de santé complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de maintien du refus de garanties dans le cadre du dispositif d'assurance de 2^{ème} niveau, le dossier est présenté au pool de réassurance dit de 3^{ème} niveau, conformément à la Convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues, sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Pour les prêts immobiliers et professionnels (autres que la résidence principale) : encours cumulé des prêts d'au plus de 320 000 € et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts ;
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus de 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr.

7.2 Garantie Invalidité Spécifique

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

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

La garantie Invalidité Spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue Maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le Médecin-Conseil de la Mutuelle suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'Assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de vieillesse, et au plus tard le jour de son 65^{ème} anniversaire, La Mutuelle verse à l'organisme prêteur les termes périodiques de remboursement du prêt, après application de la quote-part assurée, à raison de 1/30^{ème} du versement mensuel par jour d'arrêt de travail justifié de la personne Assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en ITT et IPT figurant à l'article 10 « Exclusions ».

7.3 - Dispositif d'écèlement des majorations de cotisation

Le dispositif d'écèlement concerne les prêts immobiliers et professionnels d'un montant maximum de 320 000 €. Il intervient au 2^{ème} et 3^{ème} niveau d'examen des demandes d'adhésion dès lors que la majoration de cotisation a pour effet que la cotisation globale représente plus de 1,4 points dans le taux effectif global (TEG) du prêt. La Mutuelle informe les Candidats à l'assurance de la possibilité de demander l'application du dispositif.

ARTICLE 8 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION – PRISE D'EFFET DES GARANTIES.

8.1 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat groupe prend effet à la Date d'effet précisée sur le Certificat Individuel d'Adhésion.

L'adhésion est conclue pour une période se terminant à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à cette date anniversaire pour des périodes successives d'un an.

L'adhésion prend fin :

- A la fin du terme contractuel des garanties et des prestations et au plus tard au 25^{ème} anniversaire du contrat de prêt ;
- Au terme normal de chaque prêt sauf prorogation 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 à la suite du non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité ;
- En cas de résiliation par l'Adhérent, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité avec accord exprès de l'organisme prêteur ;
- Lors du versement du capital restant dû en cas de décès, PTIA, IPT ou IPPRO ;

- A la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'Assuré est Caution ;
- En cas de fausse déclaration, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Cas de l'Adhésion électronique : par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme électronique conservées par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix :

- valent signature par l'Adhérent et l'Assuré ;
- leur sont opposables ;
- peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat groupe, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

8.2 Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet, après acceptation des risques par la Mutuelle et sous réserve du paiement de la première cotisation, à l'un des trois événements suivants sur demande du Candidat à l'Assurance notifiée sur la Demande Individuelle d'Adhésion (DIA) :

- 1/ à la date de signature de l'offre de prêt par le Candidat à l'Assurance,
- 2/ à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les six (6) mois suivants l'acceptation par la Mutuelle)
- 3/ à la date choisie et indiquée par le Candidat à l'Assurance sur la Demande Individuelle d'Adhésion (DIA)

- **en cas de Vente à distance.** Les garanties prennent effet au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de trente (30) jours calendaires prévu à l'article 24 « Droit de renonciation » qui court à compter de la Date d'effet de l'Adhésion.

Les garanties peuvent prendre effet à la date de signature de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds ou à la date choisie et indiquée par le Candidat à l'Assurance sur la Demande Individuelle d'Adhésion (DIA), lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la Demande Individuelle d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

Les garanties prennent effet immédiatement sans délai de carence. Elles s'appliquent à chacun des prêts pendant toute leur durée contractuelle dans les limites précisées ci-dessous :

La cessation de l'adhésion définie à l'article 8.1 « Prise d'effet et durée 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 le jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie PTIA cesse la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard le jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie ITT cesse à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ou à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard le jour de son 65^{ème} anniversaire ;
- La garantie IPT cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard, le jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- La garantie IPP cesse à la reconnaissance de l'IPT ou à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite et au plus tard le jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- Les garanties « DOS et PSY » suivent les règles de cessation des garanties ITT, IPT, IPP et IPPRO.

- La garantie IPPRO cesse à la date de liquidation de la pension de retraite, de pré-retraite, et au plus tard, le jour du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 9 – ETENDUE DES GARANTIES ET DES OPTIONS

9.1 Garantie 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 le remboursement du capital restant dû sur le prêt assuré, 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 (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date du décès), en fonction de la Quotité assurée, 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.

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100 % d'un même prêt.

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, la Mutuelle règle le capital restant dû 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 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 survivant au solde du prêt après indemnisation du premier Sinistre.

En cas de décès simultanés des coassurés, la Mutuelle règle le capital restant dû au jour du Sinistre suivant le cumul des Quotités assurées sans jamais excéder 100% du capital restant dû.

Le paiement du capital restant dû ou des loyers restants dus 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

La reconnaissance de la PTIA est déterminée par expertise médicale.

En cas de PTIA de l'Assuré médicalement constatée pendant la période de validité de la garantie, le contrat prévoit le remboursement, par anticipation, du capital restant dû à l'organisme prêteur (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de la PTIA), au prorata de la Quotité assurée, calculé sur la base du dernier tableau d'amortissement contractuel du prêt connu et accepté par la Mutuelle 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, à la date de reconnaissance par le Médecin-Conseil de la Mutuelle de la PTIA.

L'échéance qui se situerait le jour de la reconnaissance de la PTIA sera prise en charge par la Mutuelle.

Le capital restant dû au jour de la reconnaissance de PTIA ne saurait excéder au maximum le capital assuré lors de l'adhésion (y compris le montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de la PTIA) et ne peut excéder le capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès de l'Assuré.

Le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100% d'un même prêt. L'engagement de la Mutuelle ne saurait excéder 100% du capital restant dû à l'organisme prêteur.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

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 des loyers restants dus 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.

9.2 Garanties optionnelles :

Incapacité Temporaire Totale (ITT) - Invalidité Permanente Totale (IPT) – Invalidité Permanente Partielle (IPP).

A. Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

A.1 Versement d'indemnités en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'ITT de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse une indemnité égale à 100% des échéances des prêts garantis multipliés par la quotité assurée, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, pendant la période d'ITT médicalement justifiée. Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier.

Le versement des indemnités journalières se poursuit jusqu'à la fin de l'ITT médicalement justifiée et **au maximum pendant 1 095 jours pour un même Sinistre** et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 8.2 n'est pas atteint. Sont exclus de la garantie les échéances échues et non réglées ainsi que les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre.

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

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé) ou de prêts in fine, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti et dans la limite de la quotité assurée. Par conséquent, s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé), aucune prestation n'est due. Pour les prêts in fine et les prêts relais, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'arrêt de travail concomitant des coassurés sur la même période, il pourra être versé une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100% de l'échéance réellement due à l'organisme prêteur.

A.2 Versement d'Indemnités en cas d'Incapacité Temporaire Partielle

Lorsque l'Assuré en ITT reprend une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle n'applique pas de nouvelle période de Franchise et verse des indemnités d'un montant égal à 50% de l'indemnité prévue en cas d'ITT (point A.1 ci-dessus).

Le versement des indemnités en cas d'Incapacité Temporaire Partielle se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Partielle médicalement justifiée et au maximum pendant 6 mois.

A.3 Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'ITT, pour les mêmes raisons médicalement 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 2 mois 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 prévues aux paragraphes précédents.

A.4 Maternité

En cours de Contrat, les Assurées en état de grossesse, peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en ITT 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.

B. Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

B.1 Prestations périodiques : versement d'indemnités

Les prestations périodiques sont versées au Bénéficiaire en cas d'IPT de l'Assuré, pendant la période de validité de la garantie, la Mutuelle verse une indemnité égale à 100% des échéances des prêts garantis multipliés par la quotité assurée, dans la limite des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle, pendant la période d'IPT médicalement justifiée.

Sont exclus de la garantie les échéances échues et non réglées ainsi que les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre.

Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'IPT médicalement justifiée et tant que le terme des garanties tel que déterminé à l'article 8.2 n'est pas atteint.

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

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé) ou de prêts in fine, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti et dans la limite de la quotité assurée. Par conséquent, s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé), aucune prestation n'est due. Pour les prêts in fine et les prêts relais, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'arrêt de travail concomitant des coassurés sur la même période, il pourra être versé une prestation dans la double limite des Quotités Assurées et de 100% de l'échéance réellement due à l'organisme prêteur.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO - société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 - Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

B.2 Prestation unique : versement du capital restant dû

L'Assuré peut opter à l'adhésion pour le versement d'une prestation unique en cas d'IPT, à la condition qu'il exerce une Profession Libérale, Médicale ou Paramédicale au sens du contrat et réside en France continentale.

La prestation est égale au capital restant dû à la date de reconnaissance de l'IPT auquel est appliqué la Quotité Assurée.

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé) ou de prêts in fine, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti et dans la limite de la quotité assurée. Par conséquent, s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé), aucune prestation n'est due. Pour les prêts in fine et les prêts relais, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100% d'un même prêt. L'engagement de la Mutuelle ne saurait excéder 100% du capital restant dû à l'organisme prêteur.

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 IPT en prestation unique.

Le paiement du capital restant dû ou des loyers restants dus en cas d'IPT en prestation unique 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.3 Détermination du taux Global d'Invalidité « N »

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie IPT, le taux global d'invalidité « N » doit être au moins égal à 66%.

Le taux d'invalidité est apprécié en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle. Ces derniers sont appréciés grâce à une expertise médicale effectuée par un médecin expert missionné par la Mutuelle, dès lors que l'état de l'Assuré peut être considéré comme consolidé (stabilisé).

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'Assuré.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'Assuré.

Le taux global d'invalidité « N » est déterminé en fonction des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle selon le tableau suivant :

Tx global N	Taux d'Invalidité Fonctionnelle			
	60%	70%	80%	100%
Taux d'Invalidité Professionnelle	30,00%			67%
	40,00%			74%
	50,00%			79%
	60,00%		68%	84%
	70,00%	67%	73%	89%
	80,00%	70%	77%	93%
	90,00%	73%	80%	97%
	100,00%	76%	83%	100%
		66%	71%	

Pour les Assurés sans activité professionnelle au jour du sinistre, le taux global d'invalidité « N » est déterminé en fonction du seul taux d'invalidité fonctionnelle.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO - société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 - Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

La Mutuelle statue sur le droit à prestation. Les pièces émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la Mutuelle.

C. Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT et IPT.

C.1 Prestations périodiques sous forme d'indemnités

En cas d'IPP de l'Assuré constatée pendant la période de validité de la garantie la Mutuelle verse, en fonction du taux global d'invalidité « N » de l'Assuré au prorata temporis et à terme échu une fraction des échéances réellement dues par l'Adhérent à l'organisme prêteur, y compris les intérêts, en fonction de la Quotité Assurée, pendant la période d'IPP sur la base du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle.

Cette fraction de l'indemnité est égale à (N-33%)/66 des échéances multipliée par la Quotité Assurée.

Sont exclus de la garantie les échéances échues et non réglées ainsi que les intérêts, frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre.

S'agissant de prêts avec une période différée d'amortissement ou de prêts in fine, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti. Pour les prêts in fine la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

Toute augmentation de la mensualité qui interviendrait durant la phase de versement des prestations ou dans les 6 mois précédents l'arrêt de travail, ne sera pas prise en considération sauf si cette augmentation a été prévue à l'origine dans l'accord de Prêt et n'est pas laissée à l'initiative de l'Assuré.

C.2 Détermination du taux Global d'Invalidité « N »

La détermination du taux Global d'Invalidité « N » est identique à celle utilisée pour l'IPT au paragraphe B.3 de la notice d'information.

Le taux d'invalidité doit être égal ou supérieur à 33%.

La prise en charge des remboursements s'applique pendant la durée de l'invalidité et tant que le terme des prestations tel que déterminé à l'article 8.2 n'est pas atteint.

La garantie cesse d'être due si l'Assuré est reconnu en état d'IPT ou de PTIA et pris en charge au titre de l'une de ces garanties.

Toute reprise d'une activité professionnelle équivalente à temps plein entraîne la cessation des prestations au titre de la garantie IPP, le taux Global d'Invalidité « N » étant dans ce cas réévalué.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, et d'IPP concomitant des coassurés sur la même période, il pourra être versé une prestation dans la double limite des Quotités assurées et de 100% de l'échéance réellement due à l'organisme prêteur.

D. Garantie Invalidité Permanente de certaines Professions Médicales et Paramédicales (IPPRO)

Pour pouvoir bénéficier de prestations au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier de son activité professionnelle au jour du Sinistre.

L'IPPRO, dont sa consolidation, est constatée par la Mutuelle par expertise médicale. Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur.

Le taux d'invalidité est apprécié par rapport au barème d'invalidité professionnelle ci-dessous :

	Médecin, pharmacien, interne en médecine, sage-femme	chirurgien, chirurgien dentiste, vétérinaire, kinésithérapeute, ostéopathe
• Cécité complète	oui	oui
• Surdité totale des deux oreilles non appareillables	oui	oui
• Hémiplégie organique complète	oui	oui
• Désarticulation ou ankylose de l'épaule	oui	oui
• Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au-dessus du triceps	oui	oui
• Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	oui	oui
• Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant-bras dominant	oui	oui
• Amputation ou perte totale de l'usage de la main	oui	oui
• Amputation ou perte totale de l'usage du pouce ou de la phalange terminale	non	oui
• Amputation ou perte totale de l'usage de l'index	non	oui
• Amputation ou perte totale de l'usage du m�dus	non	oui
• Amputation ou perte totale de l'usage de l'auriculaire	non	oui
• Amputation ou perte totale de l'usage des deux membres inférieurs	oui	oui
• Amputation de la cuisse au tiers moyen	oui	oui
• Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	oui	oui
• Toute autre pathologie	non	non

Les pathologies couvertes sont celles listées dans le barème.

Les pathologies qui ne sont pas énumérées dans le barème ne sont pas couvertes au titre de cette garantie.

La prestation est égale au capital restant dû à la date de reconnaissance de l'IPPRO auquel est appliqué la Quotité Assurée.

S'agissant de prêts avec une période de différé d'amortissement (pendant la période de différé) ou de prêts in fine, il sera versé, au prorata temporis et à terme échu les seuls intérêts annuels dus par l'Adhérent au titre du prêt garanti et dans la limite de la quotité assurée. Par conséquent, s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé), aucune prestation n'est due. Pour les prêts in fine et les prêts relais, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, le pourcentage assuré sur chaque tête ne peut être supérieur à 100% d'un même prêt. L'engagement de la Mutuelle ne saurait excéder 100% du capital restant dû à l'organisme prêteur.

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 IPPRO.

Le paiement du capital restant dû ou des loyers restants dus en cas d'IPPRO entraine 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.

9.3 Garantie « DOS et PSY »

La garantie DOS et PSY permet à l'assuré d'être couvert en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou d'IPPRO résultant d'une atteinte discale et / ou vertébrale et / ou radriculaire ou résultant d'une affection psychiatrique.

Dans certains cas, la Mutuelle peut imposer dans le Bon pour accord des conditions spéciales excluant cette garantie « DOS et PSY » ou imposer une condition d'hospitalisation. Dans ce cas une baisse tarif est précisée et appliquée.

A. « DOS »

Les atteintes couvertes sont les suivantes ainsi que leurs suites et leurs conséquences :

- les pathologies relatives à l'axe rachidien,
- les atteintes para-vertébrales,
- les atteintes disco-vertébrales ou dorsolombaires
- les lumbago, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales et les hernies discales

Dans certains cas, la Mutuelle peut imposer dans le Bon pour accord des conditions spéciales excluant la couverture de ces atteintes ou imposer une condition d'hospitalisation. Dans ce cas une baisse de tarif est précisée et appliquée.

B. « PSY »

Les affections psychiatriques couvertes sont les suivantes:

- troubles anxieux,
- troubles névrotiques,
- schizophrénie,
- troubles psychotiques,
- troubles de l'humeur,
- troubles délirants,
- dépressions de toute nature,
- troubles de la personnalité et du comportement,
- troubles de l'alimentation,
- syndrome de burn-out ou d'épuisement,
- syndrome de fatigue chronique,
- la fibromyalgie

Dans certains cas, la Mutuelle peut imposer dans le Bon pour accord des conditions spéciales excluant la couverture de ces affections ou imposer une condition d'hospitalisation. Dans ce cas une baisse de tarif est précisée et appliquée.

ARTICLE 10 – EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge au titre de toutes les garanties les suites et conséquences :

- du suicide de l'Assuré survenant pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion, sauf si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré. Dans ce cas toutefois, seul le montant du prêt dans la limite du plafond défini à l'article D.223-1 du code de la mutualité est garanti. En cas de modification apportées aux garanties (augmentation des capitaux assurés ou remise en vigueur de l'adhésion), le suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de la modification apportée aux garanties, mais ne concerne le cas échéant que l'augmentation de garantie ;
- d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie) ;
- du fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- de guerres ;

- de la participation de l'assuré à des émeutes, insurrections, mouvements populaires, rixes, attentats sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- de la manipulation d'armes, explosifs... interdites par la législation française - Nucléaire sauf radiologie médicale ;
- d'accident de navigation aérienne sauf appareil avec certificat de navigabilité et pilote avec un brevet/licence ;
- d'accidents de la route où l'assuré est partie prenante, s'il a un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur, ou s'il conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou produits toxiques et médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites ;
- De l'usage de stupéfiants ou de drogues ;
- De la participation à des paris, essais, tentatives de records, exhibitions, acrobaties aériennes ;
- De la pratique des sports non représentés par une fédération et agréé par le ministère ;

Pour toutes les garanties sont exclus sans possibilité de rachat, les accidents dus à la pratique de tout sport ou activité sportive suivants :

- La navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
- Les exhibitions, records, tentatives de records, de paris, d'essai sur prototype ;
- le saut à l'élastique, le sky flying, le sky surfing, le zorbing, le base jump ;
- les sports non représentés par une fédération et agréé par le ministère de la ville, des sports et de la jeunesse ;
- les sports exercés à titre professionnel ou sous contrat rémunéré ;

Sont couverts les sports suivants pratiqués en qualité d'amateur dans le cadre d'un club et/ou fédération et dans le respect des règles de sécurité et réglementaires, sous réserve d'une déclaration par l'assuré et étude préalable par l'organisme assureur :

- Sports aériens (à voile, à aile ou à moteur) ;
- Sports nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre à moteur ;
- Sports de neige ou de glace (exceptée la pratique en amateur sur piste de ski alpin ou de fond balisée et ouverte au public, du monoski et du surf ainsi que du patinage) ;
- Alpinisme, randonnées de montagne et Trekking au-delà de 2500 mètres, l'escalade (excepté lorsqu'elle est pratiquée sur mur artificiel) ;
- Sports de navigation au-delà de 20 milles des côtes et activité sub-aquatique au-delà de 40 mètres de profondeur ;
- Rafting, canyoning ;
- Spéléologie ;
- Rallyes-raids, courses de survie, activités sportives en zone désertique, épreuves combinées ;
- VTT de descente, freeride, bicross ;
- Toutes activités de voltiges ou acrobaties ;

Pour les sports rachetables, les baptêmes ou initiations encadrées par un moniteur diplômé d'état sont couverts

Liste des professions à risques rachetables pour toutes garanties :

- Armée, police ou gendarmerie
- Sécurité (agent de sécurité, convoyeur de fond...)
- Pompier, secouriste
- Profession de l'industrie minière, du pétrole et du gaz, nucléaire

- Profession comportant la manipulation et/ou transport de matières dangereuses, chimiques, toxiques et/ou explosives
- Activité de montagne et/ou de neige (guide montagne, professeur de ski...)
- Aviation (sauf personnel navigant sur des lignes régulières, pour des compagnies hors liste noire)
- Maritime (marin, pêcheur, plongeur...)
- Métiers artistiques, du spectacle ou cascadeur
- Sportif professionnel
- Avec des risques liés à des missions humanitaires, politiques ou de séjours à l'étranger
- Activité nécessitant des travaux en hauteur à 15 mètres ou plus.

Ne sont pas pris en charge au titre des garanties ITT, IPT, IPP et IPPRO les suites et conséquences :

- D'une tentative de suicide ;
- Du congé maternité prévu par le code du travail, y compris par assimilation pour les personnes non salariées ;
- Des sports exercés à titre professionnel ou sous contrat rémunéré.

Liste des professions à risques non rachetables pour les garanties ITT, IPP, IPT et IPPRO :

- Professions de la voyance et de la divination (par exemple : médium, magnétiseur, astrologue, radiesthésiste)

ARTICLE 11 – LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Il est expressément précisé que le Contrat en vigueur au moment de l'Adhésion fait la loi entre les parties. Ainsi, les éventuels règlements mutualistes adoptés ultérieurement par la Mutuelle s'appliqueront exclusivement aux nouvelles affaires conclues après leur adoption. Par conséquent, le bénéfice des nouveaux Règlements mutualistes 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 12 – MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

Les demandes de modification devront être adressées à la Mutuelle à l'adresse suivante : Groupe MNAP 5 rue Dosne 75116 PARIS ou à l'adresse électronique : contact@mncap.fr.

12.1 Irrévocabilité des garanties- Modification 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.

12.2 Modification du tableau d'amortissement

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des prêts couverts par le Contrat, l'Assuré doit en

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO - société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 - Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

informer la Mutuelle dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'organisme prêteur (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de 3 mois. En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à 3 mois.

La Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant au Certificat Individuel d'Adhésion prenant effet rétroactivement à la date de modification et pourra être amenée, le cas échéant, à rembourser à l'Assuré une fraction de la cotisation payée.

Si la variation à la hausse est supérieur à 10% du capital restant dû assuré, l'accord de la Mutuelle est requis. Elle pourra exiger l'accomplissement de nouvelles formalités de sélection des risques. **Cette modification sera refusée pendant une période d'I.T.T., de mi-temps thérapeutique, d'I.P.T., d'I.P.P. de l'Assuré.**

En cas d'augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas les durées prévues à l'article 4,
- le prêt est amortissable.

En cas de remboursement anticipé total : la Mutuelle procédera à la résiliation du Contrat et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date de remboursement anticipé.

En cas de remboursement anticipé partiel : la Mutuelle procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amenée à rembourser une fraction des cotisations payées.

Les augmentations d'échéance intervenant après la date de l'arrêt de travail ou dans les 6 mois précédant la date d'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées en ITT, d'IPT et d'IPP.

12.3 Modification des garanties

Les demandes de modifications des garanties ou d'augmentation ou de diminution de la Quotité assurée par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'organisme prêteur. Elles donnent lieu à de nouvelles formalités d'adhésion et sont soumises à l'accord de la Mutuelle.

De même, dans le cas de la désolidarisation de l'un des Emprunteurs, par exemple à la suite d'une procédure de divorce, l'augmentation de la Quotité de l'Assuré conservant la qualité d'Emprunteur est acceptée d'office par la Mutuelle, sous réserve de l'ajustement du montant des cotisations par rapport à cette nouvelle Quotité

L'Adhérent est tenu d'informer la Mutuelle de tout changement de domicile à défaut les courriers transmis par la Mutuelle à son dernier domicile seront réputés avoir été reçus.

ARTICLE 13 – FORMALITES A RESPECTER EN CAS DE SINISTRE ET REGLEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Règlement des prestations

Les prestations, payées en euros, sont versées en fonction du dernier tableau d'amortissement connu et accepté par la Mutuelle et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur.

13.2 Formalités en cas de Sinistre

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

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

La Caution doit notamment justifier de la mise en œuvre d'une procédure contentieuse de recouvrement engagée à son encontre, antérieure à la survenance de l'ITT, l'IPT, l'IPP ou de l'IPPRO.

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

Documents à fournir en cas de décès :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis à la date du décès
- ✓ Attestation de la banque indiquant le capital restant dû au jour du décès
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Acte de décès
- ✓ Certificat médical indiquant la cause du décès
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire s'il y a lieu
- ✓ PV de gendarmerie en cas d'accident

Documents à fournir en cas de PTIA :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA
- ✓ Attestation de la banque indiquant le capital restant dû au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Certificat médical indiquant la cause de la PTIA
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire
- ✓ Attestation de tierce personne
- ✓ PV de gendarmerie en cas d'accident

Documents à fournir en cas de ITT :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis à la date de l'arrêt de travail
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Le cas échéant le contrat ou certificat de travail
- ✓ Certificat médical indiquant la cause de l'arrêt de travail et le cas échéant indiquant la prescription de repos
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire
- ✓ Copie des examens radiologiques, sanguins ...
- ✓ Certificats d'arrêts de travail
- ✓ Circonstances détaillées en cas d'accident

Documents à fournir en cas d'IPT, d'IPT ou IPPRO :

- ✓ Offre de prêt
- ✓ Tableau d'amortissement émis à la date de consolidation
- ✓ Justificatif d'identité
- ✓ Le cas échéant le contrat ou certificat de travail
- ✓ Certificat médical indiquant la cause de l'invalidité
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire
- ✓ Copie des examens radiologiques, sanguins ...
- ✓ Certificats d'Arrêt de travail précédents l'invalidité
- ✓ Circonstances détaillées en cas d'accident

Dans tous les cas, si une pièce est manquante ou que les circonstances le justifient, la Mutuelle peut demander des documents supplémentaires et nécessaires à l'étude du sinistre.

13.3 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'ITT ou d'une attestation trimestrielle en cas d'IPP.

Les pièces émanant de la Sécurité Sociale ou d'organismes similaires n'engagent pas la Mutuelle. Les pièces émanant de la CDAPH ne permettent pas, à elles seules, de justifier d'une ITT, IPP, IPT, IPPRO ou PTIA.

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 de la notice d'information pour le Sinistre en cause.

ARTICLE 14 – BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le Bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur.

ARTICLE 15 – TERRITORIALITE

L'Assuré est couvert dans le Monde entier, pour tout déplacement (à titre personnel, professionnel ou humanitaire) à l'étranger, sans limitation en termes de durée de séjour.

Le risque de 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 PTIA, d'ITT, d'IPT, IPP ou IPPRO doivent être constatés médicalement en France ou par une autorité médicale reconnue par la Mutuelle.

Les frais d'établissement de ces certificats sont à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 16 – DECISION 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 prise de décision par la Mutuelle.

Il est précisé que la modification de l'état de santé de l'Assuré peut entraîner la révision de son taux d'invalidité et de son droit à prestation.

Tout refus de prise en charge initial ou de poursuite de la prise en charge de la Mutuelle à la suite d'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 17 – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'interprétation et/ou à l'exécution de la notice d'information, l'Assuré pourra s'adresser par écrit à :

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

La Mutuelle s'engage à accuser réception de sa demande dans les 10 jours ouvrables suivant sa réception et à lui apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

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 FNMF à : **Service Médiation, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15** ou via le formulaire de saisine sur le site www.mediateur-mutualite.fr.

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 18 – DELAIS DE DECLARATION DES SINISTRES ET PRESCRIPTION

18.1 Délai de déclaration

En cas d'ITT, d'IPP, d'IPT ou d'IPPRO 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.

18.2 Prescription

Toute action dérivant du Contrat est prescrite par deux (2) ans à compter du jour de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les délais et les dispositions :

- de l'article L221-11 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 ».

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

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 L221-12 (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 ».

Information complémentaire : Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.221-12 du Code de la mutualité sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, l'Adhérent/Assuré est invité à consulter le site officiel «www.legifrance.gouv.fr».

Article 2240 du Code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil :

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil :

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil :

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil :

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil :

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil :

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 19 – COTISATIONS D'ASSURANCE

Irrévocabilité des cotisations :

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, le taux d'assurance communiqué lors de l'adhésion est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion (sauf en cas de mise en place, de nouvelles taxes réglementaires et/ou de changement du taux de taxe, applicables au présent Contrat).

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation exprimée par un taux d'assurance appliqué au capital emprunté restant dû à chaque Date d'échéance (sur la base du dernier tableau d'amortissement en vigueur contractuel du prêt, connu et accepté par la Mutuelle) documenté dans le Certificat individuel d'adhésion.

Le taux d'assurance est calculé suivant l'âge de l'Assuré à la Date d'effet d'Adhésion, déterminée par l'âge réel à la date anniversaire de la Date d'effet, la catégorie socio-professionnelle de l'Assuré, le lieu de résidence, les risques sportifs et médicaux déclarés, les garanties et les options souscrites, la Quotité choisie, la Franchise, la durée du prêt, le montant du prêt, la commission du courtier et l'adhésion du Conjoint.

Des tarifs différents sont appliqués pour les Assurés fumeurs et les non-fumeurs. Lors de l'établissement de la Demande Individuelle d'Adhésion, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration « non-fumeur », ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris de cigarettes électroniques), cigares ou pipes au cours des 24 mois précédant la date de signature de la Demande Individuelle d'Adhésion et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Les cotisations, y compris les taxes en vigueur, sont à échoir.

Selon la périodicité demandée par l'Adhérent et acceptée par la Mutuelle, les cotisations peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire.

Quelle que soit la périodicité choisie, la première quittance représentant les cotisations dues de la Date d'effet au terme suivant, est prélevée au plus tôt 14 jours calendaires avant la date d'échéance du mandat SEPA.

En cas de remboursement anticipé du prêt, de décès ou de PTIA, les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

En cas de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur, l'Adhérent doit déclarer à la Mutuelle ce refus, dès qu'il en a connaissance accompagnée des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) prêt(s) perçues par la Mutuelle, lors de l'adhésion, seront alors intégralement remboursées et le Contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à 3 mois à compter de la date de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme Prêteur : la Mutuelle procédera à la résiliation du Contrat dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du prêt.

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.

Il est porté à la connaissance de l'Assuré qu'en cours de Contrat, dès le premier impayé, la cotisation de l'Assuré sera majorée des frais suivants:

- **9€ par rejet de prélèvement bancaire ou mise en demeure pour non-paiement de la cotisation ;**
- **9€ par rejet pour provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition de prélèvement.**

Le défaut de paiement d'une cotisation dans les trois mois suivant l'échéance peut entraîner la radiation de l'Adhérent de la Mutuelle et la résiliation de l'ensemble des garanties souscrites par l'Assuré au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

Les cotisations échues non payées restent dues.

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 20 – 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 à 2€. L'Adhérent 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 au prêt,
- Par radiation, 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 21- LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT – FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme par la mise en place de procédures appropriées pour identifier et évaluer les risques auxquels elle est exposée et peut être amenée à interroger les parties au Contrat (Adhérent, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé au candidat à l'assurance :

- De fournir une pièce d'identité à l'adhésion et au moment du sinistre aux fins de vérification de son identité ;
- De renseigner la déclaration relative à la notion de Personne Politiquement Exposée (PPE), telle que définie à l'article R 561-18 du Code monétaire et financier, figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion;

Il est également demandé à l'Assuré, dans le cadre de la mise en œuvre de la vigilance constante, d'informer la Mutuelle par mail s'il cessait d'être une PPE ou s'il le devenait au cours de la relation d'affaire à l'adresse suivante : conformite@mncap.fr

ARTICLE 22 – INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

L'Adhérent est informé et accepte que les données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement sous la responsabilité de la MNCAP pour la gestion du contrat et de ZENIOO concernant la distribution du produit. Ainsi, MNCAP et ZENIOO, en tant que responsables de traitement, peuvent stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 20 juin 2018 et le Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGDP »).

MNCAP a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@mncap.fr

ZENIOO a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@zenioo.com

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de l'adhésion à MNCAP, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, ainsi que pour l'amélioration des services proposés par MNCAP et ZENIOO, et ont pour base juridique l'exécution du contrat.

Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives. Les données sont également conservées afin de permettre à MNCAP et ZENIOO de respecter les obligations légales et réglementaires leur incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques liées à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Sauf opposition de l'Adhérent, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par voie électronique, par ZENIOO, pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, sur la base juridique de leurs intérêts légitimes respectifs.

Ces données personnelles sont strictement confidentielles et ne sont destinées qu'aux services compétents de MNCAP et de ZENIOO intervenant dans le cadre de l'exécution du contrat.

Dans le cadre de l'exécution du contrat et/ou de ses suites, MNCAP peut également être amenée à communiquer certaines des données ainsi recueillies à des tiers dûment habilités, et le cas échéant, à ses réassureurs, dans le strict respect de la réglementation applicable lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la ou les finalités déclarées. Pour plus d'informations sur les réassureurs et leur utilisation des données, veuillez contacter le délégué à la protection des données personnelles de la MNCAP.

Les données personnelles traitées ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables ou aux règles de conservation des documents comptables.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, l'adhérent est invité à prendre contact avec le délégué à la protection des données de MNCAP ou ZENIOO, afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.

L'Adhérent dispose à l'égard de MNCAP et de ZENIOO, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer au traitement,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

- droit à la portabilité des données le concernant,
- droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

L'Adhérent peut exercer ses droits en s'adressant à MNCAP 5, rue Dosne 75116 Paris ou dpo@mncap.fr. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». MNCAP se chargera de transmettre les demandes à ZENIOO et aux réassureurs, le cas échéant.

L'Adhérent est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>

L'adhérent est informé de l'existence d'une prise de décision automatisée par MNCAP aux fins d'améliorer ses produits, d'évaluer sa situation et de personnaliser les offres qui pourraient lui être proposées.

L'adhérent est également informé que MNCAP et ZENIOO n'envisagent pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne. ZENIOO peut toutefois être amené, sous contrôle, à effectuer des transferts hors de ce territoire. En tout état de cause ZENIOO s'engage à mettre en place des garanties appropriées pour tout transfert de données vers un pays situé hors de l'Union Européenne conformément à la Législation relative à la Protection des données.

D'une manière générale, MNCAP et ZENIOO s'engagent à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui leur ont été communiquées par l'adhérent ou auxquelles elles auront accès dans le cadre de l'exécution du contrat.

Les engagements pris par MNCAP et ZENIOO au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

En cas de désaccord persistant, le Candidat à l'assurance peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

Le traitement des données personnelles par l'Association des Assurés de Zenioo

En tant que Responsable de traitement, l'Association des Assurés de Zenioo collecte des données sur les Adhérents et les bénéficiaires de ses aides, à des fins de réalisation de son objet social et notamment :

- l'étude de la demande d'aide ;
- la collecte de la Cotisation associative ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Ce traitement est réalisé dans l'intérêt de l'Association, afin d'améliorer son fonctionnement.

Ces données sont collectées directement auprès de l'Adhérent ou de son courtier en assurance.

Les données sont conservées pendant toute la durée pendant laquelle l'Adhérent bénéficie de la qualité de membre de l'Association des Assurés de Zenioo puis, pendant la durée de prescription légale applicable.

Au sein de l'Association des Assurés de Zenioo, seules les personnes ayant besoin de connaître ces données dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Les données peuvent également être transmises aux délégataires de l'Association des Assurés de Zenioo, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur.

Les données sont traitées sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent être transmises sur demande à l'Association. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen

et du Conseil du 27 avril 2016, tout Adhérent dispose d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexacts, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui le concerne ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après son décès.

L'Adhérent peut exercer ses droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : Association des assurés Zenioo – 33 rue de la République, 69002 Lyon. Une copie de la pièce d'identité (recto-verso) du demandeur devra être transmise lors de la demande.

L'Adhérent ou le bénéficiaire dispose également de la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de ses données personnelles :

Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 23 – 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 **4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.**

ARTICLE 24 – DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat de la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité (et les dispositions des articles L.121-26, L.121-26-1, L.121-28, L.121-30 à L.121-33 du Code de la consommation, l'Assuré a la faculté de renoncer à L'Adhésion sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur dans un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion formalisée par l'envoi du Certificat Individuel d'Adhésion.

La Mutuelle prolonge ce délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la conclusion de L'Adhésion à trente (30) jours calendaires à compter du prélèvement ou paiement de la première cotisation d'assurance.

Dans les autres cas, l'Adhérent a la faculté de renoncer au contrat d'assurance de la Mutuelle dans un délai de trente (30) jours 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 ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité, avec copie à l'organisme de prêt concerné, reproduisant le texte ci-dessous :

Je soussigné « 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 (30) jours à compter de la réception de la lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité.

Au-delà de ce délai, l'Adhérent pourra mettre fin au Contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 25. La renonciation met fin à l'affiliation.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0528 est assuré et géré par la MNCAP - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Le contrat MNCAP ADE V0528 est distribué par la Société ZENIOO – société par actions simplifiée au capital de 1 267 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 – Courtier d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le numéro 20005879 - Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON. 20220511_ZENIOO_NI_CRD

La Mutuelle informe parallèlement le Bénéficiaire.

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 25 – FACULTE DE RESILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, et sous réserve des dispositions de la présente notice d'information relatives à la prise d'effet et à la durée de l'adhésion, l'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion à tout moment.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en notifiant sa demande à la Mutuelle par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité à **Groupe MNCAP 5 rue Dosne 75116 PARIS** ou à souscription@mncap.fr conformément au 3e alinéa de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité.

Dans tous les cas, l'Adhérent doit notifier sa demande de résiliation auprès de l'Organisme prêteur, qui informera l'Adhérent de sa décision d'acceptation ou de refus dans un délai de dix jours à compter de la réception d'un autre contrat d'assurance de substitution.

Conformément à l'article L. 221-10-4 du code de la Mutualité, la Mutuelle informe annuellement l'assuré de son droit à résiliation, en indiquant dans un document les modalités de résiliation et les différents délais de notification et d'information à respecter

ARTICLE 26 – PARTICIPATION AUX BENEFICES

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

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO
Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- MISE A JOUR DU 14 AVRIL 2022 -

SOMMAIRE

Article 1 – Dénomination.....	2
Article 2 – Siège	2
Article 3 – Durée	2
Article 4 - Objet.....	2
Article 5 – Membres	3
Article 6 – Démission, Exclusion, décès	4
Article 7 – Responsabilité des Membres	4
Article 8 – Opposabilité aux Membres	4
Article 9 – Ressources, dépenses, droit d’entrée, cotisation et fonds social	5
Article 10 – Conseil d’administration	5
Article 11 – Assemblées générales	9
Article 12 – Comptes de l’Association	11
Article 13 – Règlement intérieur	12
Article 14 – Dissolution, liquidation	12
Article 15 – Attribution de compétence.....	12
Article 16 – Déclaration et publication.....	12

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 1 – Dénomination

L'Association a pour dénomination « Association des Assurés de Zenioo » ou, en abrégé « AaZ ».

Article 2 – Siège

Le siège social est fixé à Lyon 2^{ème}, 33 rue de la République.

Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'administration qui dispose à cet effet du pouvoir de modifier les statuts.

Des bureaux de représentation à l'étranger peuvent être créés sur décision du Conseil d'administration. Ces bureaux sont régis selon les présents statuts.

Article 3 – Durée

L'Association est constituée pour une durée illimitée. Elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire, ou judiciaire.

Article 4 - Objet

Cette Association a pour objet :

- D'étudier, négocier et souscrire des contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : *assurance santé, assurance prévoyance, assurance emprunteur*), notamment des produits d'assurances co-conçus par des organismes d'assurances et le courtier en assurance grossiste ZENIOO, en faveur de ses Membres, ainsi que des contrats collectifs d'assurance accessoires auxdits contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assistance, protection juridique) (ci-après dénommés « Contrats collectifs ») ;
- De suivre avec les organismes d'assurance la politique tarifaire prévue au contrat dans le cadre des renouvellements et/ou des modifications de la réglementation et à en rendre compte à la plus proche assemblée générale
- De faire évoluer les Contrats collectifs souscrits en améliorant les garanties tout en respectant un niveau d'équité entre les Membres ;
- D'informer ses Membres de la situation et de l'évolution des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ainsi que de l'évolution de l'environnement et de la réglementation de l'assurance des personnes en général ;
- D'assurer la représentation des intérêts collectifs de ses Membres auprès des organismes d'assurance contractants et, le cas échéant, de ZENIOO ;
- De créer un esprit de solidarité nationale et internationale entre les adhérents aux Contrats collectifs, avec notamment la mise en place d'un fonds social à leur destination pour les aider suite à la survenance d'événements garantis au contrat ;
- De réaliser toutes analyses ou études statistiques en lien avec le présent objet de l'Association ;
- De proposer, mettre en œuvre et animer tous séminaires, ateliers de réflexion ou participer à toutes manifestations ou colloques liés à l'objet de l'Association ;
- De soutenir et participer à la mise en place d'autres associations ou groupements locaux, paneuropéens ou internationaux poursuivant un but similaire à l'objet de l'association ;
- D'assurer la défense des intérêts de ses Membres en lien avec l'objet de l'Association ;
- D'offrir à ses Membres tous autres services en lien avec l'objet de l'Association.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Dans ce cadre, l'Association et les présents statuts respectent les dispositions des articles L.144-1, L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances.

En vue de la réalisation de son objet, l'Association pourra conclure avec tous les organismes qualifiés tous accords, contrats ou conventions qui lui paraîtront nécessaires pour faciliter les rapports des membres de droit (tels que définis à l'article 5) avec les organismes et améliorer les avantages collectifs et individuels dont pourront bénéficier ses Membres.

Article 5 – Membres

L'Association se compose de 4 catégories de membres.

Parmi ces catégories figurent des membres de droit, adhérents aux Contrats collectifs souscrits par l'Association, et des membres ayant participé à la constitution de l'Association, ayant rendu des services importants et/ou ayant apporté une aide financière.

5-1 Membres statutaires

Ils sont chargés de la gestion et l'administration de l'Association et sont, à ce titre, dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative, sauf s'ils ont par ailleurs le statut de Membre adhérent de Droit.

5-2 Membres adhérents de Droit

Ces Membres adhérents sont divisés en deux catégories :

- « Particuliers » : personnes physiques agissant en leur nom propre ou celui de leurs ayants droits.
- « Entreprise » : personne morale représentée par une personne physique qu'elle désigne lors de son admission. En cas de changement, elle doit avertir l'association de la désignation d'un nouveau représentant.

Pour faire partie de l'Association, les Membres adhérents doivent être adhérents à un Contrat collectif souscrit par l'Association et être à jour du paiement de leur cotisation associative et/ou du droit d'entrée dont ils sont redevables au titre du Règlement intérieur.

La qualité de Membre adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative fixé par le règlement intérieur, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion au Contrat collectif par l'organisme assureur.

A défaut d'acceptation par l'organisme assureur, le montant du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative seront remboursés au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

5-3 Membres bienfaiteurs

Ce sont des personnes physiques ou morales participant au financement de l'Association par des dons ou toutes autres libéralités autorisés par la réglementation. Cela les dispense du versement d'un éventuel droit d'entrée. Tout membre bienfaiteur doit être agréé par le Conseil d'administration afin d'obtenir cette qualité. Selon les dispositions du règlement intérieur, ces Membres bienfaiteurs peuvent être tenus ou exonérés de cotisation associative.

5-4 Membres d'honneur

Ce sont des personnes physiques ou morales désignés et ainsi distingués par le Conseil d'Administration pour les services rendus ou l'appui moral apporté à l'Association. Les membres d'honneur sont dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative.

Article 6 – Démission, Exclusion, décès

La qualité de Membre se perd :

- pour les personnes physiques, en cas de décès ;
- par la démission adressée au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intention du Président, auquel devront être joints la copie du courrier de résiliation de l'adhésion aux assurances souscrites par l'Association. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies par les contrats d'assurance concernés ;
- pour les personnes morales, en cas de redressement/liquidation judiciaire ou de dissolution
- la disparition de l'une quelconque des conditions nécessaires à l'acquisition de la qualité de Membre, telle que la perte de la qualité d'adhérent à un Contrat collectif souscrit par l'Association ;
- par radiation prononcée par le Conseil d'administration pour infraction aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association, l'intéressé ayant été préalablement invité à faire valoir ses moyens de défense
- Le non-paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative définie dans le Règlement intérieur.

La perte de la qualité de Membre de l'Association emporte résiliation de l'adhésion au Contrat collectif.

Article 7 – Responsabilité des Membres

Aucun Membre de l'Association, à quelque titre qu'il en fasse partie, n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'Association.

Article 8 – Opposabilité aux Membres

Les partenaires, notamment les apporteurs d'affaires du courtier grossiste ZENIOO, proposent à leurs clients d'adhérer individuellement à l'Association et aux Contrats collectifs que celle-ci a souscrit.

Lors de leur adhésion à l'Association et au Contrat collectif, les adhérents reçoivent une notice d'information valant conditions générales mentionnant notamment, les conditions et conséquences d'une résiliation du Contrat collectif par l'Association souscriptrice ou l'organisme assureur. Ces documents sont opposables aux adhérents.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 9 – Ressources, dépenses, droit d'entrée, cotisation et fonds social

9-1 Ressources de l'Association

Celles-ci se composent :

- Les éventuelles droits d'entrée et Cotisations associatives de ses Membres adhérents de droit et des Membres bienfaiteurs
- Du revenu de ses biens
- Des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'association
- Des subventions ou versements autorisés par la loi
- De toute autre ressource non interdites par la loi.

9-2 Dépenses de l'Association

Elles sont constituées par toutes les sommes nécessaires à son fonctionnement et à sa représentation. Elles sont ordonnées par le Conseil d'administration ou par toute autre personne, par lui, mandatée à cet effet.

9-3 Droit d'entrée - Cotisation

Les Membres adhérents et les Membres bienfaiteurs peuvent être tenus d'acquitter un droit d'entrée dans l'Association ainsi qu'une cotisation associative.

Le montant ainsi que les modalités de paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative sont précisés dans le règlement intérieur et peuvent être révisés chaque année par le Conseil d'administration.

Le droit d'entrée et les cotisations associatives aident l'Association à :

- mener ses actions de recherche, sélection et souscription de Contrats collectifs conformément à son objet ;
- enregistrer et tenir à jour le registre des Membres adhérents de droit, avec leurs coordonnées et les caractéristiques et références des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ;
- renforcer ses actions d'entraide et de soutien en faveur des Membres ;
- constituer un fonds social conformément à l'article 9-4 ;
- honorer ses frais de fonctionnement courants, de communication auprès des Membres ou pour promouvoir l'Association, ou ses charges statutaires (comme la tenue des assemblées générales, des conseils d'administration, ou les frais d'enregistrement d'actes afférents).

9-4 Fonds social

Il est constitué un fonds social utilisé sous la responsabilité du Conseil d'administration pour le déploiement d'actions diverses visant la cohésion, le bien-être et l'entraide de l'ensemble des Membres adhérents de droit ou l'aide de certains d'entre eux se trouvant dans des cas de détresse grave par suite d'événements relevant des garanties des Contrats collectifs. Les conditions d'utilisation et les modalités de gestion du fonds social sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 10 – Conseil d'administration

10-1 Composition

Les membres du Conseil d'administration (ci-après désigné « Administrateur ») sont élus par l'Assemblée générale.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le Conseil d'administration se compose au minimum de trois (3) et au maximum de cinq (5) Administrateurs. Les premiers Administrateurs sont désignés par l'Assemblée générale constitutive. Par la suite le Conseil d'administration est renouvelé tous les trois (3) ans, les nouveaux membres étant désignés par le Conseil d'administration en place et soumis à la ratification de l'Assemblée générale suivante. Les membres sortants sont immédiatement rééligibles.

Le Conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur venant, en cours de mandat, à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'un Contrat collectif souscrit par l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration viendrait à faire passer le nombre d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes, à moins de 51%, l'Administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'Administrateur et il sera procédé à son remplacement conformément au présent article.

En cas de vacance d'un Administrateur par décès, démission ou toute autre cause, et si cela fait baisser le nombre d'Administrateurs en dessous de 3 ou le pourcentage évoqué au paragraphe ci-dessus en dessous de 51%, le Conseil d'administration pourvoit provisoirement au remplacement dudit Administrateur. Le remplacement définitif intervient à la prochaine Assemblée générale. Les mandats des Administrateurs ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des Administrateurs remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil d'administration depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

10-2 Qualité d'administrateur

Un Administrateur peut être une personne physique ou une personne morale. Si l'Administrateur est une personne morale, celle-ci désigne son représentant permanent au Conseil d'administration.

Pour être éligible au Conseil d'administration, toute personne physique ou morale doit être Membre de l'Association et à jour de l'éventuelle cotisation associative, et cette personne physique ou le représentant désignée par cette personne morale, doit être âgé de 18 ans au moins le jour de l'élection.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du président du Conseil d'administration par courrier recommandé reçu au moins trente jours avant la date de l'Assemblée générale accompagnée :

- De la copie d'une pièce d'identité ;
- D'une attestation sur l'honneur de non-condamnation ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des Assurances ;

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- D'une attestation mentionnant l'existence ou la non-existence à son bénéfice de mandat ou d'éventuelle rétribution provenant de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association.

Nul ne peut être membre du Conseil d'administration de l'Association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer ou gérer à titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des assurances.

10-3 Fin de mandat

Le mandat d'Administrateur prend fin :

- par le décès ;
- par la démission ;
- par la perte de qualité requise au titre de laquelle la nomination est intervenue ;
- par la révocation prononcée par l'assemblée générale, ladite révocation pouvant intervenir sur incident de séance ;
- par l'absence aux réunions du conseil et aux travaux de ce dernier pendant une année (selon les dispositions de l'article 10-4) ;
- par l'arrivée au terme, à l'issue de l'assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice passé, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

10-4 Tenue des réunions et délibérations du conseil

Le Conseil d'administration se réunit, sur convocation du Président, aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige. La convocation pourra être effectuée par tous moyens à sa convenance.

Le Conseil d'administration pourra se tenir en physique, à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents Statuts, ou par voie de résolution écrite circularisée auprès de tous les administrateurs.

Les convocations, adressées au minimum 15 jours avant la réunion, par courrier, courriel ou sms, comprennent un ordre du jour prévisionnel. L'ordre du jour définitif est arrêté au moment de l'ouverture de la séance. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les délibérations du Conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal consigné, sans blanc ni rature, dans un registre des délibérations et signé par le Président et au moins un des Administrateurs, qui peuvent ensemble ou séparément en délivrer des copies ou des extraits.

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des Administrateurs est présente. Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Tout Administrateur qui, sans excuse, n'aura pas assisté aux réunions successives du conseil d'administration, pendant une année, pourra être exclu par décision du conseil d'administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

10-5 Pouvoirs du conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association et l'administrer, dans les limites de son objet et, le cas échéant, dans la limite des

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

pouvoirs conférés par l'Assemblée générale. Il peut donner toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du bureau, notamment pour agir en justice.

Notamment, le Conseil d'administration :

- acter le changement de siège social et modifier les statuts en ce sens ;
- met en œuvre les décisions de l'Assemblée générale, organise et anime la vie de l'Association ;
- fixe l'ordre du jour des Assemblées et procède à leur convocation ;
- arrête les comptes et prépare le budget. Il détermine en conséquence le montant de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative à verser par les Membres de l'Association ;
- établit un rapport annuel sur la vie de l'Association ainsi que sur le fonctionnement des Contrats collectifs souscrits par elle.

Le conseil d'administration élit chaque année, parmi les Administrateurs, à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant : un président, un secrétaire, un trésorier et éventuellement ses adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Une même personne physique peut cumuler deux fonctions au sein du bureau.

Le Conseil d'administration peut également se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, adhérentes ou non à l'association.

10-6 Fonctions et pouvoirs du bureau

Les membres du bureau ont la qualité de Membre statutaire. Ils sont spécialement investis des attributions suivantes :

- Le président dirige les travaux du Conseil d'administration et assure le fonctionnement de l'Association. Il la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur. En cas d'empêchement, il est suppléé par le secrétaire.
- Le secrétaire est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations des organes de l'Association. Il rédige les procès-verbaux des réunions et délibérations et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.
- Le trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'Association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et se charge de l'appel des cotisations associatives. Il effectue, sous le contrôle du président tous paiements. Il crée, signe, accepte, endosse, acquitte tout chèque ou ordre de virement pour le fonctionnement des comptes. Il ne peut aliéner les valeurs constituant les fonds de réserve qu'avec l'autorisation du conseil d'administration. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'assemblée générale qui statue sur les comptes.

10-7 Rémunération

Les fonctions d'Administrateurs sont généralement gratuites. Toutefois, un jeton de présence, pour chaque participation à une réunion du Conseil d'administration (physique ou à distance) pourra être versé aux Administrateurs à chaque participation. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Les membres du bureau y compris le Président peuvent percevoir des indemnités et avantages au titre de leur fonction. Si tel est le cas, ils ne pourront pas recevoir de jetons de présence.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le montant de la rémunération éventuelle des Administrateurs et/ou des membres du bureau est définie par décision du Conseil d'administration dans les limites fixées par l'Assemblée générale.

Le président du Conseil d'administration communique chaque année, par un rapport financier présenté à l'Assemblée générale ordinaire, le montant des paiements d'indemnités, avantages, jetons de présence et remboursements de frais et débours effectués à des Administrateurs. Le rapport doit également présenter les rémunérations versées par les entreprises d'assurances à un ou plusieurs membres du conseil d'administration en liaison avec les Contrats collectifs souscrits.

Article 11 – Assemblées générales

11-1 Convocation

Les Membres de l'Association au jour de la décision de la convocation, en règle du paiement de l'éventuelle cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an en assemblée générale ordinaire et en tant que de besoin en assemblée générale extraordinaire.

Les assemblées se réunissent sur convocation du président de l'Association.

Les convocations aux assemblées générales ordinaires et extraordinaires doivent être adressées au moins trente (30) jours avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Des Assemblées générales extraordinaires peuvent en outre être convoquées à la demande d'au moins un dixième (10%) des Membres. Dans ce cas, les convocations à l'Assemblée générale extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande.

La convocation est nominative. Elle est valablement faite au choix du Conseil d'administration par lettre simple, courrier électronique ou autre moyen de communication à distance.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévus et fixés par les soins du Conseil d'administration ainsi que les éventuelles propositions de résolution présentées par le conseil d'administration et celles communiquées dans les délais présentés ci-après.

Sont portées à l'ordre du jour les propositions de résolution signées par au moins un dixième (10%) des Membres, ou à défaut cent (100) d'entre eux si le dixième (10%) des Membres est supérieur à cent (100), dès lors qu'elles ont été communiquées par courrier recommandé au président du conseil d'administration soixante (60) jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

11-2 Droit de vote

Tout Membre de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'assemblée générale, à l'exclusion des Membres d'honneur. Ce droit de vote peut être exercé par correspondance ou de façon électronique.

Chaque Membre adhérent de droit « Particulier », ne peut être représenté que par un autre Membre adhérent de droit « Particulier ». Les Membres adhérents de droit « Entreprise » ne peuvent être représentés que par leur représentant légal.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Chaque Membre a la faculté de donner mandat à un autre Membre ou à son conjoint. Un même Membre ne peut disposer de plus de cinq (5) votes, dans la limite de cinq pour cent (5%) des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule assemblée générale ou deux si, lors de la première convocation, le quorum n'est pas atteint ou si deux assemblées – ordinaire et extraordinaire – se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au président et donnent lieu à un vote en faveur de l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le conseil d'administration.

11-3 Tenue des assemblées

La présidence de l'Assemblée générale appartient au président du Conseil d'administration qui peut déléguer ses fonctions à un autre Administrateur.

L'Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire ne peut valablement délibérer que si au moins un trentième (1/30) des Membres, ou à défaut mille (1000) d'entre eux sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de Membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les Assemblées générales ordinaires ou extraordinaires pourront se tenir en physique ou à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents statuts.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le président et le secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque Membre présent et certifiée conforme par le président et le secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui sont conférés à l'assemblée générale par les présents statuts, les décisions d'assemblée générale s'imposent à tous les Membres, en ce compris les absents, ceux qui se sont abstenus et ceux qui ont votés contre.

11-4 Prérogatives de l'Assemblée générale ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres sont convoqués en Assemblée générale ordinaire dans les conditions prévues précédemment.

L'Assemblée générale entend :

- le rapport sur la gestion établi par le conseil d'administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'association. Ce rapport est tenu à la disposition des adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes, dans le cas où l'Association en a désigné un ;
- le rapport « moral » de gestion du conseil d'administration exposant la situation de l'association et son activité au cours de l'exercice écoulé ;
- le rapport financier établi par le trésorier.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

L'Assemblée générale, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile), définit les principales orientations à venir en se prononçant sur le budget correspondant et délibère sur toutes les autres questions qui figurent à l'ordre du jour, exception faite de la révocation de membres du Conseil d'administration pouvant intervenir sur incident de séance.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 10 des présents statuts.

Elle autorise la conclusion de tous les actes excédant les pouvoirs conférés au Conseil d'administration.

Conformément aux dispositions de l'article R141-6 du code des Assurances, elle autorise également la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Les décisions de l'Assemblée générale ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée ou par correspondance.

Pour l'élection des membres du Conseil d'administration, le vote secret est obligatoire.

11-5 Prérogatives de l'assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts (sauf en ce qui concerne la modification du siège social qui relève de la compétence du Conseil d'administration), les opérations de fusion ou de dissolution.

Elle est convoquée dans les conditions définies précédemment.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des Membres présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée ou par correspondance.

Article 12 – Comptes de l'Association

12-1 Exercice social

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Exceptionnellement le premier exercice débute le jour de la publication d'un extrait de la déclaration de l'Association au Journal Officiel pour finir le 31 décembre 2021.

12-2 Comptabilité – comptes sociaux

Il est tenu une comptabilité régulière des activités et opérations de l'Association.

Le trésorier établit ou fait établir sous sa responsabilité, chaque année, un bilan et un compte de résultat et tout autre document nécessaire.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

12-3 Commissaire aux comptes

Le Conseil d'administration peut proposer à l'Assemblée générale, par choix ou pour se conformer aux exigences légales, la nomination d'un commissaire aux comptes titulaire et d'un commissaire aux comptes suppléant.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission de contrôle dans les conditions prévues par la loi et les normes professionnelles.

Article 13 – Règlement intérieur

Le bureau ou le Conseil d'administration peuvent établir un ou plusieurs règlements intérieurs, avec l'objectif de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Ces règlements intérieurs s'imposent aux Membres présents et futurs de l'Association au même titre que les règles statutaires.

Article 14 – Dissolution, liquidation

La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées, sur proposition du conseil d'administration, que par une assemblée générale extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus. L'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs, qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif.

Conformément à l'article L141-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Article 15 – Attribution de compétence

Les membres de l'association font attribution de compétence au Tribunal de Grande Instance de Lyon (69003) pour régler les litiges pouvant survenir entre eux.

Article 16 – Déclaration et publication

Le Conseil d'administration remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES PAR L'ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

En tant que Responsable de traitement, l'Association des Assurés de Zenioo collecte des données sur les Adhérents et les bénéficiaires de ses aides, à des fins de réalisation de son objet social et notamment :

- l'étude de la demande d'aide ;
- la collecte de la Cotisation associative ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles. Ce traitement est réalisé dans l'intérêt de l'Association, afin d'améliorer son fonctionnement.

Ces données sont collectées directement auprès de l'Adhérent ou de son courtier en assurance.

Les données sont conservées pendant toute la durée pendant laquelle l'Adhérent bénéficie de la qualité de membre de l'Association des Assurés de Zenioo puis, pendant la durée de prescription légale applicable.

Au sein de l'Association des Assurés de Zenioo, seules les personnes ayant besoin de connaître ces données dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Les données peuvent également être transmises aux délégataires de l'Association des Assurés de Zenioo, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur.

Les données sont traitées sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent être transmises sur demande à l'Association.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, tout Adhérent dispose d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexacts, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui le concerne ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après son décès.

L'Adhérent peut exercer ses droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : Association des assurés Zenioo – 33 rue de la République, 69002 Lyon. Une copie de la pièce d'identité (recto-verso) du demandeur devra être transmise lors de la demande.

L'Adhérent ou le bénéficiaire dispose également de la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de ses données personnelles :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Informations réglementaires Zenioo

Zenioo est une Société par actions simplifiées au capital de 1 267 431 euros, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 884 782 582 dont le siège social est situé au 75 bis rue de Sèze – 69006 LYON.

Zenioo a la qualité de courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 20 005 879 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

L'autorité en charge du contrôle de ses opérations est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Traitement des réclamations By Zenioo

La qualité de nos services est au cœur de nos engagements, toutefois, si vous êtes mécontent des services fournis par notre société, vous pouvez vous adresser en premier lieu à votre courtier dont les références sont reprises dans votre demande d'adhésion.

Si la réponse fournie ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à notre service réclamation aux coordonnées suivantes :

- Par courrier : Zenioo, Service Réclamations, 75 bis rue de Sèze 69006 LYON ;
- Par email : reclamation@zenioo.com

Nous ferons notre maximum pour vous apporter une réponse dans un délai de 2 mois et nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans ce même délai si pour des raisons indépendantes de notre volonté celui-ci devait être prolongé.

Si vous estimez que la réponse apportée par notre service réclamation n'est toujours pas satisfaisante, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09
- Par voie électronique en complétant le formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance (mediation-assurance.org ; rubrique « je saisi le Médiateur »).

Pour toute information vous pouvez consulter le site de la Médiation de l'Assurance (<https://www.mediation-assurance.org/>) ainsi que sa charte (<https://www.mediation-assurance.org/la-charte-du-mediateur/>).

En tout état de cause, la Médiation de l'assurance ne peut être saisie qu'après avoir sollicité à minima notre service réclamation.

Vous pouvez également adresser votre réclamation :

- À la plateforme SignalConso, accessibles à l'adresse suivante : <https://signal.conso.gouv.fr/>
- À la plateforme de règlement en ligne des litiges, accessibles à l'adresse suivante : <https://ec.europa.eu/consumers/odr>
- À l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS (<https://acpr.banque-france.fr/>)

Ces démarches sont sans incident sur les autres voies de recours légales dont vous disposez.

Nous vous précisons que pour toute réclamation liée à la gestion de votre contrat doit être adressée directement à votre assureur ou à son délégataire. Toutes les instructions liées au traitement de ces réclamations sont précisées dans votre notice d'information.

Traitement de vos données personnelles By Zenioo

LES FINALITES DE NOS TRAITEMENTS :

Les informations recueillies par ZENIOO, en qualité de responsable du traitement, font l'objet d'un traitement informatique destiné à :

- la préparation et la conclusion de votre contrat d'assurance ;
- la gestion, le suivi et l'exécution de votre contrat d'assurance ;
- l'application de la réglementation prévue par le code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- la lutte contre la fraude. Ce traitement est réalisé dans notre intérêt, les tentatives de fraude devant être détectées afin d'éviter une prise en charge injustifiée et de maintenir un niveau de cotisation adapté aux risques et d'engager, le cas échéant, des poursuites ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles. Ce traitement est réalisé dans notre intérêt, afin d'améliorer et construire de nouveaux produits.

Ces données sont collectées directement auprès de vous, de votre entreprise ou de votre courtier en assurance.

LA DUREE DE CONSERVATION DE VOS DONNEES :

Vos données sont conservées pendant :

- toute la durée de votre contrat pour sa gestion et pendant la durée de vos sinistres, le cas échéant. Elles sont ensuite conservées durant les délais légaux de prescription ;
- 3 ans en cas de devis non suivi d'une souscription ;
- 5 ans en cas de fraude à l'assurance ou de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

LES DESTINATAIRES DE VOS DONNEES :

Zenioo traite vos données pour les finalités précitées. Seules les personnes ayant besoin d'en connaître dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Vos données peuvent également être transmises :

- aux assureurs, aux intermédiaires d'assurance, et éventuellement à leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, de la lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur ;
- au médiateur compétent et aux autorités légalement autorisées pour le traitement de vos réclamations ;
- à toute personne intervenant au contrat, tels que des professionnels de santé, des médecins-conseils et des organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des prestations.

Enfin, des informations vous concernant peuvent être transmises à toute personne intéressée au contrat (souscripteur, assuré(s)).

LOCALISATION DU TRAITEMENT :

Nous traitons vos données sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent vous être transmises, sur demande, par notre Délégué à la Protection des Données dont vous trouverez les coordonnées ci-dessous.

VOS DROITS :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui vous concernent ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en adressant un courrier (avec copie d'une pièce d'identité) à notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse postale suivante 75 bis rue de Sèze - 69006 LYON (DPO de ZENIOO) ou par email à l'adresse suivante dpo@zenioo.com. Une copie de votre pièce d'identité (recto-verso) devra être transmise lors de votre demande.

Concernant le traitement ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières, vous pouvez exercer votre droit auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de vos données personnelles :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le traitement de vos données de santé aux fins de l'exécution de votre contrat sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.