

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 provenant exclusivement d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré. Ne sont pas considérés comme des accidents les maladies cardiaques, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et la rupture d'anévrisme.

**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 par différence de millésime entre l'année considérée et l'année de naissance de l'Assuré.

### **Article L 113-2-1 du code des assurances :**

lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû au titre d'un contrat de crédit mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical de l'assuré ne peut être sollicité par l'assureur, sous réserve du respect de l'ensemble des conditions suivantes :°

1° La part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;

2° L'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

**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.

**Bénéficiaire :** L'établissement de crédit désigné dans le certificat individuel d'adhésion qui percevra les prestations 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 de la Date d'effet.

**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 :** L'option DOS et PSY permet à l'assuré d'être couvert en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP résultant d'une atteinte discale et / ou vertébrale et / ou radriculaire 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.

**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%.

**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 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).

**Personne sans activité professionnelle :** Sont considérées des personnes sans activité professionnelle effective, les Chômeurs, les Inactifs, les personnes en congé parental, à la retraite ou en pré-retraite.

**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 :** Evénement 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**

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 :**

**Incapacité Temporaire Totale (ITT)**

**Invalidité Permanente Totale (IPT)**

**Invalidité Permanente Partielle (IPP)**

Les garanties ITT, IPT ou IPP peuvent couvrir les risques d'une atteinte discale et / ou vertébrale et / ou radiculaire ou résultant d'une affection psychiatrique, sans condition d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation, en souscrivant l'option DOS et PSY, dont le périmètre est définie par la Mutuelle après sélection médicale et proposition tarifaire adaptée à la situation personnelle de l'assuré.

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

Seules les personnes en activité résidant en France continentale peuvent souscrire à toutes les garanties.

**Les personnes sans activité professionnelle et résidant en France continentale ne peuvent pas souscrire à l'IPP et opter pour les franchises 30 et 60 jours.**

**Les personnes en activité résidant en Corse ou dans les DROM (hors Mayotte et Guyane) ne peuvent pas souscrire à l'IPP et opter pour les franchises 30 et 60 jours.**

**Les personnes résidant en Corse ou les personnes sans activité résidant dans les DROM (hors Mayotte et Guyane) sont uniquement éligibles aux garanties Décès et PTIA.**

**Les personnes ne résidant pas en France ou résidant à Mayotte, en Guyane ou dans les COM et territoires français à statut particulier 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 peut en aucun cas excéder 10 000 000€, quel que soit 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.**

**Le total des mensualités couvertes au titre de la notice d'information pour un même Assuré ne peut excéder 15 000€ quel que soit le nombre de prêt et la nature des prêts assurés. Les affaires portant sur des montants plus importants pourront être soumises à la Mutuelle pour accord dérogatoire.**

Les demandes d'adhésion qui entrent dans le champ d'application de l'article L.-113-2-1 du code des assurances sont soumises à des conditions particulières :

- Les franchises inférieures à 90 jours ne sont pas ouvertes à la souscription.

#### **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 30 ans ( 360 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 prêt est libellé en euros et rédigé en français, et souscrit auprès d'un organisme bancaire situé en France Continentale, en Corse ou dans les DROM (hors Mayotte et Guyane).

Le capital minimum assuré est 17 000€.

Les demandes d'adhésion qui entrent dans le champ d'application de l'article L.-113-2-1 du code des assurances sont soumises à des conditions supplémentaires :

- Le bien objet du financement doit être la résidence principale à l'exclusion de tout autre motif
- S'il s'agit d'une demande de substitution d'assurance d'un prêt en cours, il doit s'agir d'une assurance du groupe bancaire qui a accordé le prêt

#### **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 18 ans et de moins de 80 ans pour l'adhésion de la garantie Décès,
  - d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans pour l'adhésion des garanties PTIA, IPT, ITT et IPP,
- 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. 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 demandes d'adhésion qui entrent dans le champ d'application de l'article L.-113-2-1 du code des assurances sont soumises à des conditions d'adhésion supplémentaires :

- Le Candidat à l'Assurance doit être âgé à la date d'effet des garanties d'au moins 18 ans et de moins de 51 ans pour l'adhésion à toutes les garanties
- **Le Candidat à l'Assurance ne doit pas être une Personne sans activité Professionnelle, ni en arrêt de travail, ni en invalidité, à la Date d'effet des garanties.**
- Le Candidat réside fiscalement en France Continentale.

Pour les demandes d'adhésion dont le capital assuré atteint au moins 1 800 000€, l'assuré est soumis à des formalités de sélection des risques financiers impliquant la réponse à des questionnaires et la fourniture de document financier en fonction de l'objet du prêt.

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.

Les demandes d'adhésion qui entrent dans le champ d'application de l'article L.-113-2-1 du code des assurances ne sont pas subordonnées aux formalités de sélection des risques liées à la collecte d'information de santé.

Dans tous les autres cas, 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.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

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.

Les formalités médicales ont une durée de validité de six mois et les examens biologiques et les électrocardiogrammes sont valables douze mois.

Les formalités financières ont une durée de validité de douze mois.

#### **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 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**

Les présentes stipulations ne concernent que les prêts immobiliers et les prêts professionnels. Les Personnes à assurer 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 garanties dans le cadre de la tarification standard du contrat, (niveau 1 de ladite Convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

Ces demandes d'adhésion sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la Convention AERAS.

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 refus de niveau 2 des garanties dans le cadre du contrat, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de 3ème 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 420 000 € 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 420 000 € (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](http://www.aeras-infos.fr).**

##### **7.2 Garantie Invalidité Spécifique**

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 ou en complément dans le cas où les garanties IPT et IPP ont été accordées avec l'exclusion d'une ou plusieurs pathologies spécifiques.

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 de ce titre d'une exclusion et/ou surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie. La GIS peut être proposée en remplacement ou en complément des garanties incapacité et invalidité lorsque ces garanties sont indissociables (non différenciables) et n'ont pas pu être proposées dans les conditions standard.

Lorsqu'elle est accordée, la GIS ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré.

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

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI



droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve que les conditions soient réunies :

- l'état de santé est consolidé,
- le taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par le médecin conseil de la Mutuelle par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires atteint un taux égal ou supérieur à 70%, la cotation étant additive en cas de polyopathologies,
- l'assuré peut présenter un titre de pension invalidité en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie par la Sécurité Sociale pour les salariés, un titre de 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.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion sont identiques à celles définies pour la garantie correspondante, à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de la Mutuelle de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en ITT, IPP 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 420 000 €. Il intervient au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> 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 30<sup>ème</sup> 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 ou IPT ;
- 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 86<sup>ème</sup> 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 72<sup>ème</sup> 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 72<sup>ème</sup> 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 72<sup>ème</sup> 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 72<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré ;
- Les garanties « DOS et PSY » suivent les règles de cessation des garanties ITT, IPT et IPP.

## **ARTICLE 9 – ETENDUE DES GARANTIES ET DES OPTIONS**

### **9.1 Garantie de base : Décès – PTIA**

#### **A. Garantie Décès**

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

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.

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.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

## **9.2 Garanties optionnelles :**

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

### **9. 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 180 jours.

#### **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 60 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas la Mutuelle traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre ; Elle n'applique pas de

nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que 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 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.

#### 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 soit en activité ou qu'il 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 :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10							37%	40%	43%	46%
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30			36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%	
40			40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%	
50		36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%	
60		38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%	
70		40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%	
80		42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%	
90		43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%	
100	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%	

-  Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 66%, l'assuré est en invalidité permanente totale
-  Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 33% et inférieur à 66%, l'assuré est en invalidité permanente partielle

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

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.

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 laissé 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 entraine 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.

### **9.3 Option « DOS et PSY »**

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

L'option DOS et PSY permet à l'assuré d'être couvert en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP résultant d'une atteinte discale et / ou vertébrale et / ou radiculaire ou résultant d'une affection psychiatrique, sans condition d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation, dont le périmètre est définie par la Mutuelle après sélection médicale et proposition tarifaire adaptée à la situation personnelle de l'Assuré.

### **A. Option « DOS »**

Avec l'option « DOS et PSY », les Sinistres résultant et/ou provenant des maladies et atteintes suivantes sont couvertes sans condition d'hospitalisation :

- **Hernie discale,**
- **protrusion discale,**
- **cervicalgie,**
- **dorsalgie,**
- **lombalgie,**
- **sciatalgie,**
- **cruralgie,**
- **radiculalgie,**
- **discopathie,**
- **scoliose,**
- **cyphose,**
- **lordose,**
- **canal lombaire étroit,**
- **sciatique,**
- **spondylolisthésis,**
- **spondylarthrose,**
- **fracture vertébrale,**
- **luxation vertébrale,**
- **entorse vertébrale,**
- **névralgie cervico-brachiale,**

Dans certains cas, la Mutuelle peut imposer dans le Bon pour accord des conditions spéciales excluant la couverture de ces atteintes ; maintenir une condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

### **B. Option « PSY »**

Avec l'option « DOS et PSY », les Sinistres résultant et ou provenant des maladies et troubles suivants sont pris en charge sans condition d'hospitalisation :

- **Dépression,**
- **dépression nerveuse,**
- **dépression réactionnelle,**
- **anxiété,**
- **trouble bipolaire,**
- **trouble obsessionnel compulsif (TOC),**
- **syndrome de fatigue chronique,**
- **asthénie,**
- **burnout,**
- **bore-out,**
- **boulimie,**
- **anorexie,**
- **hyperphagie,**
- **schizophrénie,**
- **phobie,**
- **insomnie,**
- **narcolepsie,**
- **hypersomnie,**



- syndrome de stress post traumatique,
- stress réactionnel,
- fibromyalgie.

Dans certains cas, la Mutuelle peut imposer dans le Bon pour accord des conditions spéciales excluant la couverture de ces affections, maintenir une condition d'hospitalisation.

#### **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 ;
- 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 ou d'explosifs interdits 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 conducteur, 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 ;

##### **Ne sont pas garantis au titre des garanties I.T.T, I.P.T et I.P.P :**

- les Sinistres résultant et/ou provenant des maladies et troubles suivants : Dépression, dépression nerveuse, dépression réactionnelle, anxiété, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif (TOC), syndrome de fatigue chronique, asthénie, burnout, bore-out, boulimie, anorexie, hyperphagie, schizophrénie, phobie, insomnie, narcolepsie, hypersomnie, syndrome de stress post traumatique, stress réactionnel, fibromyalgie, sauf si ces cas donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de 8 jours.
- les Sinistres résultant et/ou provenant des maladies et atteintes suivantes : Hernie discale, protrusion discale, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, radiculalgie, discopathie, scoliose, cyphose, lordose, canal lombaire étroit, sciatique, spondylolisthésis, spondylarthrose, fracture vertébrale, luxation vertébrale, entorse vertébrale, névralgie cervico-brachiale,, sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale ou une hospitalisation continue de plus de 8 jours.
- les Sinistres en cours avant la Date d'effet,

- le congé maternité et paternité prévu par le code du travail, y compris par assimilation pour les personnes non salariées

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

- Les accidents de 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 conséquences de toute participation à des 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 en charge des sports ;
- 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 : 1°) la pratique sur piste balisée de ski alpin ou de fond, de monoski et de surf sur pistes balisées ainsi que du patinage ; 2° la pratique en hors piste de ski alpin, de ski de fond, de monoski et de surf jusqu'à 1 200 000 euros) ;
- Alpinisme, randonnées de montagne au-delà de 2500 mètres, trekking et 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 ;
- Sports ou activités fluviales ;
- 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.

##### **Pour toutes les garanties sont exclus avec la possibilité de racheter leur couverture au titre de toutes les garanties, les Sinistres de l'Assuré exerçant l'une des professions suivantes :**

- Les professions relevant du régime « ENIM »
- Les professions sur site d'exploitation pétrolière,
- Les professions impliquant une activité minière, souterraine ou en galerie,
- Les professions en lien avec la sécurité, la surveillance ou nécessitant le port d'une arme.
- Les professions liées au service secret, au commando, aux brigades spécialisées, aux opérations militaires extérieures au territoire national, aux missions sous mandat de l'ONU.
- Les professions en relation avec les travaux forestiers
- Militaire, Pompier et profession de la sécurité civile
- Les professions comportant la manipulation et/ou transport de substances bactériologiques, nucléaires chimiques, toxiques et/ou explosives

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNAP ADE V0124 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.

Le contrat MNAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

- Les professions en relation avec la montagne : guide montagne, moniteur de ski
- Professions en relation avec l'aérien.
- Caristes, dockers
- Les professions de l'audiovisuel et du spectacle
- Journalistes et reporters
- Artistes, de cinéma, de télévision, professions des arts forains, du cirque.
- Intermittent
- Intérimaires et saisonniers
- Armurier, artificier, démineur
- Cascadeurs
- Guide de chasse
- Tauréador
- Vulcanologue
- Sportif professionnel
- Professions avec des risques liés à des missions humanitaires, politique sou de séjours à l'étranger.

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

- D'une tentative de suicide ;
- Du congé maternité et paternité 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 de professions à risques non rachetables pour les garanties ITT, IPP et IPT :**

- 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 MNCAP 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**

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

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 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 24 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.

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**

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 ou l'IPP.

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 intégral de décès
- ✓ Certificat médical indiquant la cause du décès
- ✓ Comptes rendus hospitalier et opératoire s'il y a lieu
- ✓ le PV de gendarmerie ou de police en cas d'accident. Et s'il n'y en n'a pas alors il convient d'obtenir le CR des services d'urgence (SAMU/SMUR), ou à défaut un CM (à communiquer ou à établir) précisant les circonstances détaillées 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 s'il y a lieu
- ✓ Attestation de tierce personne
- ✓ le PV de gendarmerie ou de police en cas d'accident. Et s'il n'y en n'a pas alors il convient d'obtenir le CR des services d'urgence (SAMU/SMUR), ou à défaut un CM (à communiquer ou à établir) précisant les circonstances détaillées 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
- ✓ le PV de gendarmerie ou de police en cas d'accident. Et s'il n'y en n'a pas alors il convient d'obtenir le CR des services d'urgence (SAMU/SMUR), ou à défaut un CM (à communiquer ou à établir) précisant les circonstances détaillées en cas d'accident

#### **Documents à fournir en cas d'IPT ou d'IPP :**

- ✓ 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
- ✓ le PV de gendarmerie ou de police en cas d'accident. Et s'il n'y en n'a pas alors il convient d'obtenir le CR des services d'urgence (SAMU/SMUR), ou à défaut un CM (à communiquer ou à établir) précisant les 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 ou PTIA.

**Il est rappelé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse 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 ou IPP 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-droits 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.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

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](http://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 ou d'IPT 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**

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance.*
- 2) *En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.*

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

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](http://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 :**

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 évolue chaque année et est calculé suivant l'Âge de l'Assuré (déterminé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année en cours), la catégorie socio-professionnelle de l'Assuré, les risques professionnels, sportifs et médicaux déclarés, les garanties, l'objet du prêt, le type d'amortissement, 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](mailto: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](mailto:dpo@mncap.fr)

ZENIOO a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : [dpo@zenioo.com](mailto: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,
- 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](mailto: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](#)

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI

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 à .....le..... « 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.

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 [gestion-production@mncap.fr](mailto:gestion-production@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.

Le contrat groupe d'assurance à adhésion facultative MNCAP ADE V0124 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.

Le contrat MNCAP ADE V0124 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 : 6 Cours André Philip - 69100 Villeurbanne. 20240521\_ZENIOO0124\_NI