

DEMANDE DE PRÊT AGRANDISSEMENT



**Un crédit vous engage et doit être remboursé.
Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.**

Avertissement : un dossier incomplet peut entraîner le refus de la demande

À RETOURNER À :

**Merci de renvoyer ce dossier complet à
l'agence la plus proche de chez vous.
Retrouvez sur actionlogement.fr les
coordonnées de votre agence de proximité**

RÉSERVÉ À NOS SERVICES

Bénéficiaire :

Entreprise :

N° de siret

N° d'entreprise :

Dossier n° :

Affaire suivie par :

FICHE DE DIALOGUE

Établie conformément à l'article L.312-17 du Code de la Consommation

SITUATION FAMILIALE

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
Civilité	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom		
Prénom		
Nom de naissance		
Date de naissance	_____	_____
Lieu de naissance		
Département / Pays de naissance		
Adresse actuelle _____ Ville : _____ Ville :
Téléphone*	_____ _____	_____ _____
Adresse e-mail* <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part d'Action Logement Services. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part de ses filiales et partenaires sur des aides et services susceptibles de m'intéresser. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part d'Action Logement Services. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part de ses filiales et partenaires sur des aides et services susceptibles de m'intéresser.

* Coordonnées nécessaires pour un meilleur traitement du dossier

Marié(es) - Régime : Communauté Séparation de biens
 Pacsé(es) Célibataire Union libre Veuf(ve) Divorcé(e)
 Nombre d'enfants à charge : Âges : À naître :
 Autre(s) personne(s) à charge :

SITUATION PROFESSIONNELLE

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
Employeur		
Profession		
Date d'embauche	_____	_____
Nature du contrat de travail		

RESSOURCES ACTUELLES

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
Salaire net mensuel	_____ € x _____ mois	_____ € x _____ mois
Prestations familiales (CAF,...)	_____ €/mois	_____ €/mois
Pension alimentaire perçue	_____ €/mois	_____ €/mois
Autres revenus ou aides	_____ €/mois	_____ €/mois

CHARGES ACTUELLES

Montant d'une pension alimentaire versée :€

Prêts en cours de remboursement

OBJET DU PRÊT	NOM DE L'ORGANISME PRÊTEUR	DATE DE FIN DE PRÊT	MONTANT DES MENSUALITÉS (assurances comprises)
		_ _ _ _ _ _ _	€
		_ _ _ _ _ _ _	€
		_ _ _ _ _ _ _	€
		_ _ _ _ _ _ _	€
		_ _ _ _ _ _ _	€

RÉSIDENCE PRINCIPALE, OBJET DU FINANCEMENT

Adresse du bien dans lequel les travaux vont être effectués :

..... Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

S'agit-il du premier logement dont vous êtes propriétaire ? Oui Non

Avez-vous acquis votre logement dans le cadre d'une mobilité professionnelle ? Oui Non

Avez-vous acquis votre logement dans le cadre de la vente HLM ? Oui Non

Un des membres de la famille destiné à occuper le logement est-il une personne handicapée ? Oui Non

PLAN DE FINANCEMENT

COÛT DE L'OPÉRATION

NATURE DES TRAVAUX À FINANCER	MONTANT
	€
	€
	€
	€
TOTAL	€

Date de commencement des travaux : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date prévisionnelle d'achèvement des travaux : |_|_|_|_|_|_|_|_|

FINANCEMENT ENVISAGÉ

FINANCEMENT	NOM DU PRÊTEUR	MONTANT	DURÉE (en mois)	TAUX	MENSUALITÉS (assurances comprises)
Apport personnel		€			
Prêt bancaire		€	_ _ _		€
Autre financement		€	_ _ _		€
Autre financement		€	_ _ _		€
Prêt agrandissement	Action Logement	€	_ _ _		€
TOTAL		€			€

Durée du prêt agrandissement (300 mois maximum, préconisée 180 mois) : |_|_|_| mois

TAUX NOMINAL 0,5 % : EXEMPLES DE REMBOURSEMENT POUR 20 000 € EMPRUNTÉS (hors assurance)

Durée	120 mois	180 mois	240 mois	300 mois
Mensualité	170,90 €	115,35 €	87,59 €	70,93 €
Montant total remboursé	20 508 €	20 763 €	21 021,60 €	21 279 €

ASSURANCE(S) EMPRUNTEUR(S) FACULTATIVE(S)

L'emprunteur, et le co-emprunteur le cas échéant, est (sont) libre(s) de souscrire un contrat d'assurance « décès - perte totale et irréversible d'autonomie - incapacité de travail » afin de couvrir le capital emprunté.

Souhaitez-vous souscrire :

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
L'assurance proposée par Action Logement Services	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une assurance extérieure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Le(s) soussigné(s) certifie(nt) :

- l'exactitude de tous les renseignements figurant dans la présente ;
- que les dépenses pour lesquelles le financement est demandé ne sont pas prises en charge par ailleurs ;
- ne pas avoir déposé de dossier auprès de la Commission de Surendettement de la Banque de France en vue de l'élaboration d'un plan de redressement ou ne pas bénéficier d'un tel plan.

Il(s) reconnaît(ssent) avoir été informé(s) qu'en cas de fausse déclaration, les sommes reçues au titre du Prêt agrandissement devront être immédiatement remboursées à Action Logement Services sans qu'il soit nécessaire, pour cette dernière, de procéder à l'envoi d'une mise en demeure préalable. Action Logement Services se réserve le droit de contrôler l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à le _____

**Signature du demandeur
(précédée de la mention
«Lu et approuvé»)**

**Signature du co-demandeur
(précédée de la mention
«Lu et approuvé»)**

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR (EN COPIE INTÉGRALE)

**NOUS AVONS BESOIN DE BIEN CONNAÎTRE VOTRE IDENTITÉ ET VOTRE SITUATION...
(demandeur et co-demandeur)**

- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité, du passeport ou de la carte de séjour en cours de validité ;
- Copie du livret de famille ;
- Copies des 3 derniers bulletins de salaire et du bulletin de salaire du mois de décembre ou, en cas de CDD ou INTERIM, copies des justificatifs de revenus des 12 derniers mois ;
- Copies des avis d'imposition N-2 et N-1 ;
- Copies des relevés de comptes bancaires des 3 derniers mois ;
- Relevé d'identité bancaire (RIB) ;
- Justificatifs de l'apport personnel (livrets d'épargne, relevés CEL/PEL, donations...) ;
- Justificatif de versement des prestations familiales ;
- Justificatifs d'autres revenus : rentes, pensions, retraites, fonciers (copie du bail) ;
- Documents relatifs à l'assurance emprunteur dûment complétés et signés, le cas échéant ;
- Attestation notariée de propriété du logement ou copie de la dernière taxe foncière.

Pour les contrats en cours de remboursement :

- Copies des contrats de prêts immobiliers et des tableaux d'amortissement correspondants ou
- Relevés mensuels pour les crédits à la consommation ;

Votre co-demandeur est travailleur indépendant :

- Copies des 2 derniers bilans

Vous percevez ou versez une pension alimentaire :

- Copie du jugement de divorce ou de l'acte de divorce indiquant le montant de la pension versée ou reçue

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR (EN COPIE INTÉGRALE)

...ET BIEN CONNAÎTRE VOTRE PROJET

- Devis de travaux datant de moins de 6 mois ou factures détaillées établies au nom du demandeur datant de moins de 3 mois ;
- Déclaration de travaux ou permis de construire.
- Justificatifs à fournir pour le déblocage des fonds** : copies des factures détaillées datant de moins de 3 mois (signées et datées par les prestataires)

Action Logement Services pourra, au cours de l'étude du dossier, être amenée à vous demander des renseignements ou pièces justificatives complémentaires.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES : Action Logement Services est engagée dans une démarche continue de protection des données de ses utilisateurs, en conformité avec la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (UE) 2016/679 du 27 avril 2016. Les informations recueillies sont obligatoires pour le traitement de votre demande, la finalité principale de leur collecte étant l'instruction de votre dossier ainsi que sa gestion. Les mesures précontractuelles et contractuelles constituent la base légale du traitement. Les données sont conservées pendant la durée prévue par le(s) texte(s) réglementaire(s) en vigueur et par les règles internes d'Action Logement Services. Les données collectées sont destinées aux services d'Action Logement Services et, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires et partenaires, aux entités du Groupe et à l'ANCOLS. Certaines données peuvent être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles peuvent également être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux ou contre le financement du terrorisme. Elles peuvent également être utilisées pour des finalités statistiques. Action Logement Services est tenue au secret professionnel concernant ces données.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit d'effacement, d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement de vos données, d'un droit à la portabilité des données et d'un droit de définir le sort de vos données en cas de décès. Ces droits peuvent être exercés en complétant le formulaire téléchargeable sur la page actionlogement.fr/donnees-personnelles et en nous l'adressant, accompagné des pièces justificatives demandées, soit par mail à rgpd.ues75@actionlogement.fr, soit par courrier signé à l'adresse suivante : Action Logement Services - Service conformité, 21 quai d'Austerlitz - CS 41455 - 75643 Paris Cedex 13. Pour information, le DPO d'Action Logement Services peut être joint à l'adresse suivante : rgpd.ues75@actionlogement.fr. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation directement auprès de la CNIL, 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris.



Action Logement Services

SAS au capital de 20.000.000 d'euros

Siège social : 19/21 quai d'Austerlitz 75013 Paris - 824 541 148 RCS Paris

Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 17006232 - Société de financement agréée et contrôlée par l'ACPR

www.actionlogement.fr  [@Services_AL](https://twitter.com/Services_AL)

ENVIE D'AGRANDIR VOTRE LOGEMENT ?



CONDITIONS PLUS AVANTAGEUSES ! JUSQU'À 20 000 € AU TAUX DE 0,5 %^(*)

POUR QUI ?



Salarié d'une entreprise
du secteur privé non agricole
de 10 salariés et plus

POUR QUOI ?



Votre projet concerne l'agrandissement
de votre résidence principale
dont **vous êtes propriétaire**.
Elle est située sur le territoire français.

POUR QUELS TRAVAUX ?



- **Travaux d'extension** : création d'une pièce, d'un étage, aménagement de combles...
- **Transformation en surface habitable** de locaux non destinés à l'habitation



Ces travaux d'agrandissement
doivent conduire à la **création
d'une surface habitable**.



- **Un prêt à un taux encore plus avantageux**
- **Sans frais de dossier**
- **Une durée de remboursement libre**, dans la limite de 25 ans (durée préconisée : 15 ans)
- **Cumulable**, sous conditions, **avec un prêt travaux** Action Logement

**Un crédit vous engage et doit être remboursé.
Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.**

À SAVOIR : des plafonds de ressources s'appliquent. Afin de permettre à un plus grand nombre de ménages de bénéficier de ce prêt, il pourra être admis jusqu'à 20 % de bénéficiaires ayant un revenu fiscal de référence supérieur à des plafonds de ressources réglementaires : consultez ces plafonds sur notre site actionlogement.fr

^(*)Taux d'intérêt nominal annuel : 0,5 % hors assurance facultative.

Exemple de remboursement hors assurance facultative : pour un prêt amortissable d'un montant de 20.000,00 € sur 25 ans au taux nominal annuel débiteur fixe de 0,5 %, soit un **TAEG fixe de 0,5 %**, remboursement de **300 mensualités de 70,93 €**, soit un **montant total dû par l'emprunteur de 21.279,00 €**.

Prêt soumis à conditions (notamment de ressources), disponible dans la limite du montant maximal de l'enveloppe fixée par la réglementation en vigueur, et octroyé sous réserve de l'accord éventuel de l'employeur et du prêteur Action Logement Services.

0970 800 800

9h-18h30 lun.-ven. (appel non surtaxé)

actionlogement.fr

> rubrique 'Travaux'

Retrouvez également sur notre site internet les coordonnées de votre agence de proximité.

ActionLogement

**Notice d'information valant
Conditions générales des assurances délivrées par
MUTLOG SIREN n° 325 942 969
(Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie -PTIA-)
et
MUTLOG Garanties SIREN n° 384 253 605
(Incapacité Temporaire – Invalidité Permanente– Perte
d'Emploi Indemnisée)**

**Mutuelles soumises au Livre II du Code de la Mutualité
(MUTLOG désigne, ci-après, l'une ou l'autre mutuelle, selon les cas)**

**OFFRE DU PRODUIT D'ASSURANCE
« ACTION LOGEMENT SERVICES » (ALS)**

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – OBJET DU CONTRAT

§1 - Objet de l'assurance

L'assurance a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues par l'adhérent à ALS. Elle intervient en cas de sinistre touchant la personne adhérente. Cette assurance constitue un accessoire du prêt.

Sont assurables les prêts proposés par ALS : prêts accession, prêts travaux, prêts relais et prêts « aide aux salariés en difficulté ».

§2 - Garanties couvertes

Chaque candidat à l'assurance doit souscrire :

- la garantie décès et la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).
- la garantie incapacité temporaire totale (ITT),
- la garantie invalidité permanente partielle (IPP) et invalidité permanente totale (IPT).

Par ailleurs, toute personne peut souscrire en plus la garantie perte d'emploi indemnisée (PEI), dans les conditions fixées à l'article 23, §2.

§3 - Quotité

La quotité assurée détermine le taux d'indemnisation et sert à calculer le montant de la cotisation.

Elle doit être de 100% lorsqu'une seule personne est assurée. Lorsque plusieurs personnes sont assurées, la somme des quotités assurées doit au moins être égale à 100% pour chaque garantie. Dans tous les cas, la quotité assurée ne peut être supérieure à 100% par personne assurée et par garantie. La quotité garantie pour la perte d'emploi indemnisée est de 100% pour chaque personne, sauf le cas du conjoint non assurable en perte d'emploi. La quotité assurée détermine le taux d'indemnisation et sert à calculer le montant de la cotisation.

Article 2 – DEFINITIONS DES TERMES DU CONTRAT

Lexique

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérées comme un accident les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ainsi, ne sont pas considérés comme des accidents : Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les accidents et les hémorragies cérébraux.

Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

Adhérent/Assuré : la personne physique, membre participant sur lequel repose le risque couvert, ayant la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution. **Il sera appelé « adhérent » dans ce contrat.** Son âge, lors de sa demande d'adhésion, doit être :

- Inférieur à 67 ans pour la garantie décès/PTIA
- Inférieur à 67 ans pour la garantie incapacité temporaire/invalidité permanente,
- Inférieur à 65 ans pour la garantie perte d'emploi indemnisée

Assureur : MUTLOG et MUTLOG GARANTIES, toutes deux désignées dans le corps du texte par « MUTLOG ».

Bénéficiaire : Le bénéficiaire des prestations est l'adhérent, qui stipule auprès du délégataire, que la prestation décès/PTIA et Invalidité Permanente Totale sera versée directement au profit d'ALS, qui l'accepte, voire d'un tiers nommément désigné par l'adhérent, après accord d'ALS. Les prestations incapacité temporaire totale (ITT), invalidité permanente partielle (IPP) et s'il y a lieu perte d'emploi indemnisée (PEI) seront réglées directement à l'emprunteur à condition que ce dernier soit à jour du paiement de ses échéances. Au cas où la prestation de l'assurance est supérieure aux sommes impayées, le versement est fait à ALS qui se charge de rembourser les trop-perçus.

Carence : délai courant à partir de la date d'effet des couvertures. Pendant cette période, aucun sinistre, même s'il se prolonge au-delà de ce délai, ne peut être couvert, ni donner lieu à une quelconque indemnisation.

Consolidation : stabilisation des blessures de l'adhérent pouvant laisser subsister des séquelles définitives, constatée par une autorité médicale. Il est alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente entraînant un préjudice définitif.

Contractant : la personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

Délégataire : personne morale bénéficiaire d'une délégation de gestion des contrats d'assurance emprunteur assurés par MUTLOG.

DESS : Déclaration d'Etat de Santé Simplifiée (sous forme de questionnaire).

Encours : total des capitaux restant dus assurés par MUTLOG pour un même adhérent.

Forfaitaire : Modalité de prise en charge choisie par MUTLOG dans ce contrat, elle consiste à prendre en charge l'échéance du prêt assuré, selon les modalités prévues au contrat, à la hauteur de la quotité choisie. Elle s'oppose à une prise en charge « Indemnitare » (Modalité non retenue par MUTLOG) des échéances de prêt liée à une perte de revenu.

Franchise : délai courant à partir du premier jour de l'indemnisation par la Sécurité Sociale ou Pôle Emploi. Pendant cette période, la garantie en cas d'incapacité de travail ou de chômage est acquise à l'adhérent, mais n'ouvre pas encore droit au versement de la prestation garantie.

GIR 1 et 2 : Etat de dépendance totale d'une personne, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

GIR : Groupe Iso Ressource ou grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource) : outil de mesure évaluant les degrés de dépendance, allant de GIR 6 (autonomie) à GIR 1 (dépendance totale).

Membre participant : adhérent, qui contribue, par son adhésion au contrat, au fonctionnement de la mutuelle.

MNO : Maladie non objectivable. Souffrance subjective perturbant la capacité de fonctionner au quotidien et pour laquelle le médecin, bien que ne pouvant mesurer objectivement les manifestations physiques, autorise une absence du travail.

Pôle Emploi : organisme proposant des services aux candidats et aux employeurs dans les domaines de l'emploi et de la mobilité nationale pour des emplois situés exclusivement en France.

QMDC : Questionnaire Médical Détaillé Confidentiel

Régime social de base : Sécurité Sociale ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire. **En cas de contrôle, l'attention de l'adhérent est attirée sur l'absence possible de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base à adhésion obligatoire et celles de MUTLOG.**

Réserves médicales : clause du contrat d'assurance par laquelle MUTLOG écarte de sa garantie certaines situations évoquées dans le questionnaire médical ou types de pathologie.

Souscripteur : ACTION LOGEMENT SERVICES (ALS)

Surcotisation : supplément de cotisation applicable dès la souscription, en contrepartie de la prise en charge d'un risque aggravé.

Article 3 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT

§1 - Formalités générales à la souscription

Préalablement à la signature du contrat, il est remis à l'adhérent une fiche standardisée d'information, une demande d'adhésion, la présente notice d'information valant Conditions Générales et décrivant les droits et obligations réciproques des parties.

Le contrat est formé après l'acceptation de la souscription, concrétisée par un tampon daté et signé d'ALS dans les cas suivants :

- pour les prêts d'un montant inférieur à 50 000 € la demande d'adhésion tamponnée par ALS équivaut à un certificat d'adhésion
- pour les prêts d'un montant supérieur à 50 000 € la demande d'adhésion et la DESS tamponnées par ALS équivalent à un certificat d'adhésion.

Pour les prêts d'un montant supérieur à 50 000€, le contrat est formé :

- En cas d'acceptation au tarif normal par le délégataire : par la lettre d'acceptation au tarif normal transmise par le délégataire à l'adhérent
- En cas d'acceptation aux conditions particulières (surcotisation et/ou restriction de garanties) par le délégataire : par le bon pour accord signé par l'adhérent.

L'adhérent peut, sur simple demande auprès du « Service Relation Adhérents » de MUTLOG, recevoir un exemplaire des statuts et règlements mutualistes de MUTLOG et de MUTLOG Garanties par courrier. Ces documents sont consultables sur le site internet (www.mutlog.fr).

§2 - Formalités médicales à la souscription

Pour tout prêt inférieur de 50 000€ octroyé par ALS, aucune formalité médicale n'est à accomplir.

A partir de 50 000€, une déclaration d'état de santé simplifiée datant de moins de 6 mois est requise.

De plus, lorsque la déclaration d'état de santé simplifiée comporte au moins une réponse positive, un questionnaire médical détaillé confidentiel est exigé.

La déclaration d'état de santé simplifiée et le questionnaire médical détaillé confidentiel sont soumis à l'examen du médecin conseil agréé par le délégataire, qui, au vu des réponses apportées, peut demander un complément d'information.

Le délégataire peut prendre l'une des décisions suivantes : acceptation de tout ou partie des garanties, avec ou sans réserve, avec ou sans surcotisation, ou refus.

Quelle que soit la décision prise, le délégataire, s'engage à notifier à l'intéressé sa décision.

L'adhérent doit de son côté accepter expressément les réserves ou les surcotisations, en retournant son accord au délégataire, sous quinzaine.

Garantie « décès accidentel » temporaire :

A compter de la date de signature de la demande d'adhésion et jusqu'à la date de signature de l'offre de prêt, une couverture du risque décès accidentel est accordée par MUTLOG, dans la limite du capital assuré corrigé de la quotité, jusqu'à un plafond de 150 000 € et pour une durée maximale de 6 mois.

Cette garantie prend fin au plus tard à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend également fin automatiquement si l'adhérent ne donne pas suite à son adhésion.

Article 4 – PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET DES GARANTIES

§1 - Prise d'effet du contrat

Sous réserve de l'acceptation du risque et du paiement des cotisations, et sauf renonciation prévue à l'article 9, le contrat prend effet à la date d'acceptation de l'offre de prêt **et, au plus tard, à l'expiration d'un délai de 6 mois** à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

En cas de substitution d'assurance au bénéfice de MUTLOG, la date d'effet du nouveau contrat d'assurance MUTLOG débutera au lendemain de la date de résiliation de l'ancien contrat.

§2 – Prise d'effet des garanties

Sont garantis, dans les conditions détaillées ci-après, dès la date de prise d'effet du contrat :

- le décès, la PTIA
- les incapacités de travail, invalidités,

La garantie Perte d'Emploi Indemnisée est soumise à un délai de carence de 6 mois.

§3- Délais de franchise

La prestation incapacité temporaire de travail est garantie à l'issue d'une période de **90 jours continus** d'arrêt de travail médicalement constaté.

En cas de passage **directement** en invalidité permanente totale du fait d'un accident ou d'une maladie, sans période préalable d'incapacité ou d'invalidité permanente partielle, aucune franchise n'est appliquée.

La prestation perte d'emploi indemnisée est garantie, sauf stipulation contraire prévue aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion, à l'issue d'une période de **90 jours continus (ou 120 jours discontinus sur 12 mois)** d'indemnisation par Pôle Emploi.

Article 5 - CESSATION DES GARANTIES

La garantie décès cesse :

Au 80^{ème} anniversaire de l'adhérent, même si la durée du prêt garanti se poursuit au-delà.

La garantie PTIA cesse :

Au 70^{ème} anniversaire de l'adhérent, même si la durée du prêt garanti se poursuit au-delà.

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente cessent à la date à laquelle l'adhérent a liquidé ses droits à pension de retraite acquise au titre de son activité principale et au plus tard, au 70^{ème} anniversaire, même si la durée du prêt garanti se poursuit au-delà, et même en cas de reprise d'une autre activité professionnelle.

La garantie perte d'emploi indemnisée cesse en cas de départ en retraite ou en préretraite et au plus tard, au 67^{ème} anniversaire de l'adhérent, même si la durée du prêt garanti se poursuit au-delà, et même en cas de reprise d'une autre activité professionnelle.

Dans tous les cas, les garanties cessent :

- en cas de fausse déclaration lors de l'adhésion,
- à la date de renonciation aux prêts destinés à être garantis,
- à la date d'expiration du prêt garanti ou à la date de remboursement anticipé, y compris par suite de déchéance du terme,
- en cas de transfert du prêt au nom d'un autre emprunteur,
- en cas de non-paiement des cotisations d'assurance,

Article 6 – DECLARATIONS A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE PRÊT

§1 – A la souscription et avant la prise d'effet du contrat

L'adhérent a l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans la déclaration d'état de santé simplifiée ou dans le questionnaire médical détaillé confidentiel, pour permettre au délégataire d'apprécier le risque à assurer.

Par ailleurs, l'adhérent s'engage, conformément à la loi, à informer le délégataire, en cas de détérioration de son état de santé survenu avant la date de prise d'effet des garanties et postérieurement à la date de signature de la déclaration d'état de santé simplifiée ou du questionnaire médical détaillé confidentiel.

§2 – À tout moment

Sauf modification des garanties à la demande de l'adhérent et sous couvert de l'accord d'ALS, cessation des dites garanties ou modification du crédit, les garanties sont accordées de manière irrévocable pour toute la durée du contrat.

Pièces à fournir à ALS en cas de :

- Remboursement anticipé total = justificatif d'ALS précisant la date du remboursement total (jour/mois/année),
- Remboursement anticipé partiel = justificatif d'ALS précisant le montant, la date du remboursement partiel (jour/mois/année), ainsi que le tableau d'amortissement actualisé,

Article 7 - ADMISSION DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Dans le respect des dispositions de la convention AERAS, le délégataire, peut accepter tout ou partie des garanties, avec ou sans réserve ou majoration de cotisations.

Toute décision finale du délégataire est notifiée par lettre, en double exemplaire, au candidat à l'assurance qui doit expressément l'accepter en retournant impérativement au délégataire, sous quinzaine, un des exemplaires, daté et signé, lu et approuvé.

Dans certains cas un écrêtement de la cotisation est possible (cf. convention AERAS)

Article 8 - LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE (GIS)

Dès lors que la garantie « incapacité de travail/invalidité » du contrat MUTLOG est refusée, l'accès à la GIS est étudié.

§1 – Définition

C'est une garantie destinée à faciliter l'accès des emprunteurs à une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt.

Elle s'adresse à tous les adhérents qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de la garantie « incapacité/invalidité » standard du contrat.

§2 - Critère d'indemnisation

Elle est étudiée sur la base de la production d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale (ou congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés) ou d'une attestation d'un taux d'incapacité professionnelle de 100% associé à une incapacité fonctionnelle supérieure à 70% (en référence au barème des pensions civiles et militaires).

Le médecin conseil du délégataire peut diligenter une expertise pour évaluer le niveau d'invalidité fonctionnelle de l'adhérent.

§3 – Prise en charge

La prise en charge de cette garantie spécifique se traduit par le versement de 100% de l'échéance du prêt garanti, corrigé de la quotité assurée, à la date de consolidation de l'incapacité permanente constatée par le médecin conseil du délégataire.

A sa seule initiative, la mutuelle peut se libérer de ses engagements en versant en une seule fois, le montant du capital restant dû, corrigé de la quotité assurée.

§4 - Cessation de la GIS

Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70^{ème} anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt

§5 - Cotisation

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

Article 9 - RENONCIATION

A compter du premier versement de cotisation, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer à la garantie à compter de la date d'acceptation de l'offre. Cette renonciation peut être faite selon le modèle ci-dessous et à adresser à ALS (Action Logement Services - Service Gestion Assurance - 122, bd Victor-Hugo CS 70001 93489 Saint-Ouen Cedex.) :

« Je vous notifie que je renonce à mon adhésion, ce conformément à l'article L223.8 du Code de la Mutualité et à la notice d'information, valant Conditions Générales, qui régit mon contrat d'assurance ».

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité

commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, selon la réglementation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Le délégataire accepte, dans les mêmes conditions que celles fixées par la réglementation, un délai de renonciation de 30 jours.

Article 10 – RESILIATION DU CONTRAT

§1 – Résiliation

a) A l'initiative d'ALS

ALS procède à la résiliation du contrat en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 28 ci-après.

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

b) A l'initiative de l'adhérent

L'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt (L.221-10 du Code de la Mutualité).

L'adhérent notifie à ALS sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnés. L'adhérent notifie également par lettre recommandée la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par ALS

En cas d'acceptation par ALS, la résiliation de l'adhésion au contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par ALS de la décision ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par ALS si celle-ci est postérieure.

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

La résiliation de la garantie prend effet à la date de l'évènement correspondant. ALS doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Par ailleurs, au-delà des douze mois suivant la signature de l'offre de prêt et sous réserve de l'accord écrit d'ALS, l'adhérent peut dénoncer le contrat à sa date anniversaire, auprès d'ALS, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, en respectant un préavis de 2 mois (le cachet de la poste faisant foi).

§2 – Effet de la résiliation du contrat

La résiliation du contrat met fin définitivement à l'assurance et prive l'adhérent de tout droit à prestation.

Article 11 – NULLITE DE L'ADHESION

En cas de fraude, fausse déclaration intentionnelle ou défaut de déclaration d'un emprunteur assuré, portant notamment sur l'âge, ou sur les réponses à la déclaration d'état de santé simplifiée et /ou au questionnaire médical détaillé confidentiel, ou sur les indications portées sur la demande d'adhésion de nature à affecter l'importance du risque ou à entraîner le paiement de prestations indues, l'assurance est immédiatement annulée, conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité.

Dans le cas où ces faits ne sont constatés qu'après versement des prestations, le délégataire se réserve le droit d'en solliciter le remboursement auprès de l'emprunteur ou, en cas de décès ou PTIA, auprès des héritiers ou des ayants droits. En tout état de cause, les cotisations versées par cet adhérent restent acquises à MUTLOG.

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

En cas de fausse déclaration non intentionnelle au sens de l'article L221-15 du Code de la Mutualité, le délégataire pourra proposer une modification (émission de réserves médicales ou/et majoration de cotisations) du contrat sous réserve de l'accord de l'adhérent ou résilier celui-ci, en cas de refus.

CHAPITRE II – PRESTATIONS GARANTIES

Section 1 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS GARANTIES

Article 12 – MODALITES DE PRISE EN CHARGE

§1 – Secret médical

Le délégataire garantit la confidentialité des données à caractère médical qui sont transmises au médecin conseil.

§2 – Pièces à fournir dans tous les cas

Les déclarations de sinistres sont à faire auprès du délégataire de ce contrat.

Les pièces nécessaires à l'ouverture du dossier et au paiement des prestations sont les suivantes :

- une déclaration de sinistre par écrit,
- les justificatifs réclamés par le délégataire,
- le dernier tableau d'amortissement en vigueur et comportant les dates des échéances,
- une copie de l'offre de prêt signée et acceptée,
- le relevé d'identité bancaire du bénéficiaire des prestations,
- le procès-verbal de gendarmerie/police en cas d'accident.

Lorsque les documents ne sont pas libellés en Français, ils doivent être traduits en français et certifiés par un traducteur agréé.

Le délégataire se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires.

§3 – Versement des prestations

Les prestations décès/PTIA et invalidité permanente totale (IPT) sont versées à ALS, sauf convention contraire expressément formulée par ce dernier auprès du délégataire.

Les prestations incapacité temporaire totale (ITT), invalidité permanente partielle (IPP) et s'il y a lieu perte d'emploi indemnisée (PEI) seront réglées directement à l'emprunteur à condition que ce dernier soit à jour du paiement de ses échéances. Au cas où la prestation de l'assurance est supérieure aux sommes impayées, le versement est fait à ALS qui se charge de rembourser les trop-perçus.

En cas de renégociation et/ou réaménagement du contrat de prêt initial, le délégataire fixe le montant maximum de la prestation relative aux sinistres postérieurs à la renégociation, sur la base des nouvelles échéances.

Aucune modification d'échéance ne sera possible en cours de sinistre.

§4 – Cas de l'assurance sur plusieurs têtes

Si l'assurance repose sur plusieurs têtes, la prestation est versée conformément à la quotité assurée pour chacune des têtes.

Toutefois, le cumul des sommes versées ne peut excéder le montant :

- du capital restant dû, en cas de décès/PTIA,
- de l'échéance du prêt garanti, en cas d'incapacité temporaire de travail/invalidité permanente (voire GIS) ou/et de perte d'emploi indemnisée.

Article 13 – RISQUES EXCLUS :

Ne peuvent ouvrir droit aux prestations décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, les atteintes corporelles (ou psychiques) et/ou le décès résultant :

- d'un suicide ou d'une tentative de suicide survenu dans la première année de l'adhésion. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale de l'adhérent, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000€ (Art. L223-9 du Code de la Mutualité),
- de modification de la structure du noyau atomique, radiation ionisante et leurs conséquences directes ou indirectes.
- des faits de guerre, lorsqu'elle est déclarée par le Parlement dans les formes de l'alinéa 1^{er} de l'article 35 de la Constitution

Ne peut ouvrir droit aux prestations incapacités de travail :

- le congé légal de maternité.
- le congé parental ou sabbatique

Est exclu de la garantie perte d'emploi indemnisée, le chômage survenant après :

- une faute grave privative de préavis et d'indemnités de licenciement, même si Pôle Emploi accepte d'indemniser l'intéressé ou si celui-ci perçoit une indemnité transactionnelle de son ancien employeur,
- une démission sauf si elle est indemnisée par Pôle Emploi,
- une rupture conventionnelle,
- un contrat à durée déterminée (intérim ou CDD) si le terme du contrat d'intérim ou du CDD est antérieur à la date de fin du contrat de prêt conclu avec ALS, une fin de chantier sauf s'il fait suite à la rupture d'un contrat à durée indéterminée, par l'effet d'un licenciement;
- un licenciement ou une perte d'emploi non indemnisé par Pôle Emploi ou par l'Etat pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou des collectivités locales,
- un départ en retraite, préretraite ou mesure du Fonds National de l'Emploi (FNE) ou toute forme de cessation d'activité dont la réglementation en vigueur n'implique pas la recherche d'un nouvel emploi.

Dans tous les cas, la charge de la preuve de l'exclusion incombe à MUTLOG.

Article 14 - DECLARATION TARDIVE- PRESCRIPTION-

§1 – Déclaration tardive

Les demandes de prestations doivent être produites, dans un délai maximal de 9 mois courant à partir de la date à laquelle l'adhérent peut prétendre à la mise en œuvre de la garantie et avant la cessation du service des allocations de Pôle Emploi ou des indemnités de la Sécurité Sociale.

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

§2 – Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente notice d'information, valant Conditions Générales, sont, conformément aux articles L 221-11 et 221-12 du Code de la Mutualité et à compter de l'évènement qui y donne naissance, prescrites par 10 ans en cas de décès et par 2 ans pour les autres garanties.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 le délégataire à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou l'ayant droit au délégataire, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 15 – CONTRÔLE ET CONTESTATION

§1 – Contrôle

Sur tout type de sinistre, le médecin conseil du délégataire peut, à tout moment, faire procéder aux contrôles qu'il juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du versement des prestations.

Au moment de la demande de prestations ou lors de la continuation de celles-ci, le médecin conseil du délégataire, peut diligenter une expertise pour évaluer l'état de santé de l'adhérent à la date de son adhésion. Il peut vérifier la conformité des déclarations de l'adhérent lors de son admission et si son état de santé justifie une demande ou une continuation des prestations. L'adhérent peut missionner, à ses frais, son médecin personnel ou tout autre médecin pour assister à cette expertise.

Le versement des prestations peut alors être suspendu compte tenu du résultat de ces contrôles, voire, lorsqu'une expertise ou contre-expertise est diligentée, de même que si l'adhérent refuse de se soumettre au contrôle demandé par le délégataire.

En cas de contrôle, l'attention de l'adhérent est attirée sur l'absence possible de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base à adhésion obligatoire et celles de MUTLOG

§2 – Contestation

En cas de contestation des décisions prises par le médecin conseil du délégataire, l'adhérent peut demander un arbitrage en écrivant à l'adresse suivante :

A l'attention du Médecin Conseil
Verlingue – QP/ADE
ACTION LOGEMENT
12 Rue de Kerogan – CS 44012
29335 QUIMPER Cedex

Un tiers expert peut être missionné pour évaluer contradictoirement son état de santé, en présence d'un médecin désigné par l'adhérent et d'un médecin désigné par le médecin conseil du délégataire. Le tiers expert est désigné en accord avec les médecins représentant l'adhérent et le médecin conseil du délégataire.

Si cet accord ne peut être réalisé, le tiers expert est désigné, à la demande de l'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du lieu de vie de l'adhérent.

Les honoraires du médecin désigné par le médecin conseil du délégataire et ceux du tiers expert sont à la charge de MUTLOG.

Toutefois, si le tiers expert confirme la décision du médecin conseil du délégataire à l'égard de l'intéressé, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert sont à la charge de l'adhérent. Dans tous les cas, les honoraires du médecin désigné par l'adhérent sont à sa charge.

§3 – Réclamation

Toute information complémentaire ou réponse à une réclamation relative à une adhésion et aux événements qui découlent de son application, est fournie par Action Logement Services Service Réclamation 1 square Chaptal 92 309 LEVALLOIS PERRET, **dans un délai de 15 jours ouvrés, à compter de la réception de la demande écrite.**

Toute réclamation relative aux adhésions avec sélection médicales au service des prestations est à adresser à VERLINGUE QP/ADE – ACTION LOGEMENT – 12 Rue de Kerogan – CS44012 – 29335 QUIMPER Cedex.

Une réponse vous sera apportée par le délégataire, **dans un délai de 15 jours ouvrés, à compter de la réception de la demande écrite.**

Si après son intervention, il subsiste un désaccord, l'adhérent peut demander l'avis du Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF – 255 rue de Vaugirard (Paris 15^{ème})). Le recours à cette personnalité indépendante est gratuit et les conditions d'accès sont communiquées par ALS sur simple demande. Il rend un avis motivé dans les 6 mois maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. ALS s'engage à respecter l'avis du médiateur.

L'adhérent peut aussi contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution [ACPR - Direction du contrôle des pratiques commerciales 66-2793 - 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09].

Section 2 – DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES – CONDITIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE

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

Délégué :

Verlingue – QP/ADE
ACTION LOGEMENT
12 rue de Kerogan – CS44012
29335 QUIMPER Cedex

Adresse mail : emprunteurs.als@verlingue.fr
Numéro de téléphone: 05 64 09 21 77

Décès : mort d'une personne constatée par un acte de décès officiel rédigé à la Mairie du lieu où le décès s'est produit.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Est considéré comme frappé de perte totale et irréversible d'autonomie, l'adhérent salarié qui présente, après consolidation, une invalidité réduisant des deux tiers sa capacité de travail et est classé dans la troisième catégorie d'invalidité ou dans le groupe 1 ou 2 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources), c'est-à-dire incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

Si l'adhérent n'est pas salarié, son état doit correspondre à une invalidité 3^{ème} catégorie, ou à un classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR.

Article 17 – PIECES A FOURNIR EN CAS DE DECES-PTIA

En cas de décès

- Un acte de décès,
- Un rapport médical (cette pièce sera adressée aux ayants droit pour être complétée par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès et sera retournée, sous pli confidentiel, au médecin conseil du délégataire) accompagné, en cas de décès accidentel, du procès-verbal de gendarmerie contenant les résultats des examens toxicologiques et/ou d'alcoolémie.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Un rapport médical détaillé du médecin traitant de l'adhérent (salarié ou non salarié) est adressé, sous pli confidentiel, au médecin conseil du délégataire, constatant que la perte totale et irréversible d'autonomie répond aux critères de la Sécurité Sociale, tels que définis à l'article 16 et précisant son origine, la date à laquelle s'est déclarée l'affection ou la date de l'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie, la date de consolidation, accompagné :

- Si l'adhérent est salarié, de la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie, ou d'une attestation de classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources).
- Si l'adhérent n'est pas salarié, d'un certificat médical attestant que son état correspond à une invalidité de 3^{ème} catégorie (définition Sécurité Sociale, c'est-à-dire nécessitant l'assistance d'une tierce personne) ou à un classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR.

- En cas de classement dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources), d'un certificat médical indiquant la nécessité de recourir à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Article 18 – SERVICE DE LA PRESTATION DECES-PTIA

La prestation décès – PTIA se traduit par **le versement du capital restant dû, - objet du contrat -** au premier jour du mois du décès ou de la reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, corrigé de la quotité assurée pour l'adhérent décédé ou déclaré en PTIA.

Ce montant ne peut, en aucun cas, être augmenté des échéances antérieures qui n'auraient pas été acquittées, ni des intérêts ayant couru de la date du décès jusqu'au jour de l'indemnisation.

Article 19 – DEFINITION DES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITE OU D'INVALIDITE

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

§1 - L'incapacité temporaire totale

L'incapacité temporaire totale concerne un adhérent momentanément dans l'impossibilité absolue, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, dont la date de l'arrêt d'activité se situe postérieurement à la prise d'effet de la souscription des garanties auprès de la mutuelle.

S'il est salarié, il doit bénéficier d'indemnités journalières maladie ou accident de la Sécurité Sociale.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale s'il est, à l'issue d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours (délai de franchise), dans l'impossibilité absolue et reconnue médicalement d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

§2 - L'invalidité permanente partielle

L'invalidité permanente partielle concerne un adhérent qui est d'une manière permanente dans un état reconnu médicalement comme réduisant sa capacité de travail ou de gains de **33% à 66%**.

L'évaluation de l'invalidité permanente partielle selon la profession exercée, sera effectuée à partir d'un barème croisant l'incapacité fonctionnelle (le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé d'après le barème du « Concours Médical », en vigueur au jour du sinistre) et l'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle sera apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale

Le taux d'incapacité professionnelle sera apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, sans tenir compte des possibilités de reclassement dans une profession équivalente, des possibilités de rééducation.

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Taux d'Incapacité Professionnelle	10%	10,0%	15,9%	20,8%	25,2%	29,2%	33,0%	36,6%	40,0%	43,3%	46,4%
	20%	12,6%	20,0%	26,2%	31,7%	36,8%	41,6%	46,1%	50,4%	54,5%	58,5%
	30%	14,4%	22,9%	30,0%	36,3%	42,2%	47,6%	52,8%	57,7%	62,4%	66,9%
	40%	15,9%	25,2%	33,0%	40,0%	46,4%	52,4%	58,1%	63,5%	68,7%	73,7%
	50%	17,1%	27,1%	35,6%	43,1%	50,0%	56,5%	62,6%	68,4%	74,0%	79,4%
	60%	18,2%	28,8%	37,8%	45,8%	53,1%	60,0%	66,5%	72,7%	78,6%	84,3%
	70%	19,1%	30,4%	39,8%	48,2%	55,9%	63,2%	70,0%	76,5%	82,8%	88,8%
	80%	20,0%	31,7%	41,6%	50,4%	58,5%	66,0%	73,2%	80,0%	86,5%	92,8%
	90%	20,8%	33,0%	43,3%	52,4%	60,8%	68,7%	76,1%	83,2%	90,0%	96,5%
	100%	21,5%	34,2%	44,8%	54,3%	63,0%	71,1%	78,8%	86,2%	93,2%	100,0%

§3 - L'invalidité permanente totale

L'invalidité permanente totale concerne l'adhérent qui est d'une manière permanente dans l'impossibilité complète, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

L'évaluation de cette invalidité permanente totale sera également effectuée à partir du barème croisant l'incapacité fonctionnelle (le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème du « Concours Médical », en vigueur au jour du sinistre) et l'incapacité professionnelle.

Le taux minimum résultant de ce croisement devra être de **66%** dans la grille présentée en supra.

L'Adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre est considéré en état Invalidité Permanente Totale dès lors qu'il présente, à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis, après consolidation de son état, une incapacité fonctionnelle médicalement reconnue d'au moins 70%. Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème du « Concours Médical » en vigueur au jour du sinistre.

§4 - Maladies Non Objectivables (MNO)

Ouvrent droits aux prestations:-

- les affections neurologiques, psychiques ou psychiatriques (telles que névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique), les dépressions nerveuses et états anxiodépressifs, sans conditions d'hospitalisation
- les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lombo-sacralgies et les radiculalgies, sans condition d'intervention et/ou d'hospitalisation
- les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique

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

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

§1 - En cas d'incapacité temporaire totale

Un certificat médical précisant l'affection ayant entraîné l'incapacité temporaire totale ainsi que la date de la première constatation, doit être adressé au délégataire, accompagné :

- si l'adhérent est salarié, des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de la notification d'attribution du versement de l'allocation adulte handicapée (AAH) de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H).
- si l'adhérent est non salarié, des certificats d'arrêt de travail, ou de la notification d'attribution du versement de l'allocation adulte handicapée (AAH) de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H).
- si l'adhérent n'exerce aucune activité professionnelle au jour du sinistre, d'un certificat médical d'incapacité temporaire attestant son impossibilité absolue et reconnue médicalement d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

En cas de maternité, les adhérentes peuvent bénéficier des prestations si elles se trouvent en état d'incapacité temporaire totale en raison d'une pathologie. Toutefois, le service des prestations sera suspendu pendant la durée légale du congé de maternité, d'un congé sabbatique ou parental. Cette période de congé légal sera également appliquée aux adhérentes non salariées.

§2 - En cas d'invalidité permanente totale ou partielle

L'invalidité permanente de travail peut être partielle ou totale, mais elle doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil du délégataire.

A la date de la consolidation de l'état de santé, le médecin conseil du délégataire, fixe le taux d'invalidité sur la base des éléments suivants :

- Un certificat du médecin traitant, adressé par l'adhérent sous pli confidentiel au médecin conseil du délégataire, constatant la consolidation de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, tels qu'ils ont été définis aux paragraphes de l'article 19 et précisant l'origine de l'invalidité et la date à laquelle s'est déclarée l'affection ou est intervenu l'accident ayant entraîné l'invalidité, accompagné :
- Si l'adhérent est salarié, de la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité de 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie,
- De la notification d'attribution de la pension vieillesse, en cas de transformation de la pension d'invalidité pour inaptitude au travail,
- Si l'adhérent est non salarié, d'un certificat médical mensuel attestant la continuation de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle et l'impossibilité d'exercer son activité professionnelle,
- Si l'adhérent n'exerce aucune activité professionnelle au jour du sinistre - **UNIQUEMENT en cas d'« invalidité permanente totale »** -, d'un certificat médical mensuel de son médecin traitant attestant la consolidation de l'état d'invalidité permanente totale et attestant d'un taux d'incapacité fonctionnelle d'au moins 70%, fixé d'après le barème du « Concours Médical » en vigueur au jour du sinistre). Il pourra être pris en charge dans les conditions définies à l'article 21-3.

Article 21 – SERVICE DE LA PRESTATION INCAPACITE/ INVALIDITE

§1 - Incapacité temporaire totale

La prise en charge se traduit par le versement d'une prestation calculée sur la base du montant de l'échéance correspondante du prêt garanti, corrigée de la quotité assurée, arrêtée au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés, à l'issue d'une période de 90 jours continus d'arrêt de travail médicalement constatée.

Pour les prêts relais, ou en période de différé d'amortissement, ne sont prises en compte que les seules échéances d'intérêt ; le capital n'est pas remboursé.

L'Adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre se voit servir une prestation forfaitaire égale à 100% du montant de l'échéance du prêt garanti, corrigé de la quotité assurée, arrêtée au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés, à l'issue d'une période de 90 jours continus d'arrêt de travail médicalement constatée.

Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70^{ème} anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt

Les adhérents justifiant d'un mi-temps thérapeutique se voient servir forfaitairement une prestation calculée sur 50% du montant de l'échéance corrigé de la quotité assurée.

§2 - Nouvelle incapacité

En cas de nouvel arrêt de travail, l'indemnisation reprend dès le 1^{er} jour s'il est établi que la nouvelle interruption est due à une affection médicalement reconnue comme étant une rechute de la précédente :

- pour les salariés, quand la prise en charge par la Sécurité Sociale démarre le 1^{er} jour.
- pour les non-salariés, quand la rechute intervient dans les 2 mois qui suivent la reprise du travail.
- pour les adhérents sans emploi, quand la rechute intervient dans les 2 mois qui suivent la date de fin de repos complet (*définie à l'article 20, §2*), mentionnée sur le certificat médical.

§3 - Invalidité permanente partielle

La prise en charge se traduit par le versement d'une prestation calculée sur la base de 50% du montant de l'échéance correspondante du prêt garanti, corrigée de la quotité assurée, au jour de la consolidation de l'invalidité par le médecin conseil. Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70^{ème} anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt

§4 - Invalidité permanente totale

La prise en charge se traduit par le versement d'une prestation calculée sur la base du montant de l'échéance du prêt garanti, corrigée de la quotité assurée, au jour de la consolidation de l'invalidité par le médecin conseil. Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70^{ème} anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt

A sa seule initiative, MUTLOG peut se libérer de ses engagements en versant en une seule fois, pour chacun des prêts assurés, le montant du capital restant dû, corrigé de la quotité assurée.

L'Adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre se voit servir une prestation forfaitaire égale à 100% du montant de l'échéance du prêt garanti, corrigé de la quotité assurée, au jour de la consolidation de l'invalidité par le médecin conseil. Cette prestation est versée au mois le mois, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 70^{ème} anniversaire de l'adhérent
- retraite ou préretraite
- fin du prêt

A sa seule initiative, MUTLOG peut se libérer de ses engagements en versant en une seule fois, pour chacun des prêts assurés, le montant du capital restant dû, corrigé de la quotité assurée.

La mise en « retraite pour inaptitude » permet la prise en charge des échéances de prêt jusqu'au 70^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Article 22 - CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION INCAPACITE/INVALIDITE

Outre les cessations prévues aux articles 5 et 21 (§1, 2, 3 et 4) de la présente notice valant conditions générales, le versement de la prestation incapacité/invalidité cesse en cas de reprise du travail à temps complet ou de constatation médicale d'aptitude à la reprise.

Article 23 - PERTE D'EMPLOI INDEMNISEE (PEI) CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUES

§1 - Définition de la garantie perte d'emploi indemnisée

La garantie perte d'emploi correspond à une prestation versée, au prorata de la quotité choisie, à l'adhérent salarié, ayant cessé son activité de façon volontaire ou contrainte et étant en recherche d'emploi au sens de la réglementation de Pôle Emploi et indemnisé par celui-ci.

La situation de l'adhérent est appréciée au regard des articles 13 et 23 §2 de la présente notice d'information valant conditions générales et dans le respect de sa stricte application.

§2 – La population concernée

Le candidat à l'assurance perte d'emploi indemnisée, doit à la date de la demande d'adhésion :

- avoir moins de 65 ans,
- exercer une activité salariée à titre principal dans le cadre d'un CDI ou exercer une activité salariée dans le cadre d'un contrat d'intérim ou d'un CDD, si le terme du contrat d'intérim ou du CDD est postérieur à la date de fin du contrat de prêt conclu avec ALS,
- ne pas être en période d'essai ni en préavis de rupture de contrat de travail en raison d'une démission, d'une rupture conventionnelle, d'un licenciement ou d'un départ en retraite ou en préretraite,
- cotiser au régime d'assurance chômage des travailleurs (régime Pôle Emploi) ou, s'il est agent non titulaire de l'Etat ou d'une collectivité locale, cotiser à un régime particulier public ou parapublic.

Les salariés à temps partiel, justifiant d'un contrat à durée indéterminée depuis au moins 6 mois et d'une activité représentant au moins 80% de l'activité à temps plein et les salariés en intérim et en CDD (si le terme du CDD est postérieur à celui du contrat de prêt conclu avec ALS) ont accès à l'assurance perte d'emploi indemnisée.

§3 – Délais de carence pour la perte d'emploi indemnisée (PEI)

a) Si l'adhérent exerce à la date de la demande d'adhésion une activité salariée, est garantie la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à une notification (lettre de licenciement, lettre de démission légitime) postérieure à un délai d'au moins 6 mois ininterrompus suivant la date de prise d'effet de la garantie.

b) Après un changement volontaire d'employeur, seule est garantie la perte d'emploi indemnisée qui a donné lieu à une notification (lettre de licenciement, lettre de démission) intervenue postérieurement à la période d'essai et à un délai d'au moins 6 mois suivant la date d'effet du nouveau contrat de travail.

§4 - En cas de changement de régime d'indemnisation

Si l'adhérent passe d'une indemnisation par le Pôle Emploi au titre du chômage à une indemnisation par la Sécurité Sociale au titre de l'incapacité de travail, ou inversement, l'assurance se calcule sur le régime appliqué sans décompter un nouveau délai de franchise.

Si l'assuré reprend une activité réduite de telle sorte qu'il continue à percevoir en même temps une partie de ses allocation Pôle Emploi, il pourra continuer à percevoir la prestation liée à la Perte d'Emploi Indemnisée.

§5 - En cas de nouvelle période de chômage

Après une première ouverture des droits à indemnisation, toute nouvelle période de chômage est prise en charge sans franchise, sous réserve d'une reprise minimale d'activité de 6 mois et dans les limites énoncées aux articles 25 et 26.

Article 24 – PIECES A FOURNIR EN CAS DE PEI

En cas de perte d'emploi indemnisée, les pièces à fournir sont :

- la lettre de licenciement et le certificat de travail du dernier employeur ainsi que le contrat de travail et le certificat de travail correspondant à la situation existante à la date d'adhésion,
- l'avis d'admission au bénéfice de l'allocation chômage ou de formation délivré par le régime Pôle Emploi ou équivalent,
- les décomptes d'allocation chômage perçues de Pôle Emploi précisant le nombre de jours indemnisés depuis l'origine du chômage,
- une copie de l'attestation complétée par l'employeur et destinée à Pôle Emploi.
- toutes pièces jugées utiles par le délégataire.

Le délégataire poursuit, sur présentation de justificatifs, le règlement des prestations lorsque l'adhérent reçoit de Pôle Emploi une Allocation de Solidarité ou lorsqu'il perçoit le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ou le Revenu de Solidarité Active (RSA), dès lors qu'il n'a repris aucune activité professionnelle.

Article 25 – SERVICE DE LA PRESTATION PEI

La durée de versement des prestations est limitée à 12 mois par période de chômage et à 36 mois sur toute la durée du prêt, sur la base des décomptes réglés par Pôle Emploi.

La prestation est garantie, sauf stipulation contraire prévue aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion, à l'issue d'une période de 90 jours continus (ou 120 jours discontinus sur 12 mois) d'indemnisation par Pôle Emploi.

Dans cette limite absolue sur la durée du prêt, l'indemnité est alors servie, au taux suivant : **75% de la base de la mensualité venant à échéance.**

En cas d'épuisement des droits afférents à la garantie PEI, la cotisation est due jusqu'à la fin du prêt.

Article 26 – CESSATION DE LA PRESTATION PEI

Le versement de la prestation PEI cesse :

- en cas de prise en charge au titre de la garantie incapacité de travail,
- en cas de modification du statut de l'adhérent (ex : de salarié vers fonctionnaire),
- à la date de cessation du versement des allocations de chômage (ou, le cas échéant, des allocations de formation par le régime UNEDIC – Pôle Emploi) ou équivalent,
- en cas de reprise d'activité salariée ou non salariée,
- à l'expiration de la durée maximale d'indemnisation,
- au 31/12 de l'année du 67ème anniversaire de l'adhérent,
- en cas de fin de prêt,
- en cas de retraite ou préretraite.

CHAPITRE III - COTISATIONS

Article 27 – PAIEMENT DE LA COTISATION

§1 - Règlement de la cotisation

La cotisation est calculée sur le capital initial et pour l'entière durée du prêt.

La cotisation sera prélevée selon les modalités choisies par ALS.

Les taux de cotisations demeurent fixes sur toute la durée de l'engagement, quelle que soit l'évolution de la situation personnelle de l'adhérent.

L'adhérent dispose d'un délai de 10 jours suivant la date d'échéance pour s'acquitter de sa cotisation.

Pendant le versement de la prestation Incapacité /invalidité l'exonération de la cotisation correspondante, sera effectuée sous la forme du remboursement de cette dernière sur la période de liquidation concernée.

Les cotisations ne sont plus dues lorsque le prêt garanti cesse.

§2 - Remboursement anticipé

En cas de remboursement anticipé partiel, la cotisation sera modifiée. Elle sera calculée sur la différence entre le capital emprunté et le montant du remboursement anticipé partiel. Le taux de cotisation en vigueur à la souscription originelle sera appliqué sur la nouvelle assiette.

§3 – Participation aux Excédents

Le présent contrat prévoit une clause de participation aux excédents contractuelle au bénéfice des assurés/adhérents emprunteurs du contrat.

Le compte de participation aux excédents, calculé annuellement, comporte les éléments suivants :

- 90% du solde technique, calculé conformément à l'article D. 223-3 du Code de la mutualité, constitué :
 - En produits : des cotisations
 - En charges :
 - Charge des prestations
 - Charges des provisions d'assurance vie et autres provisions techniques
 - Indemnités de gestion
 - Autres charges de gestion nettes
 - Participation de la mutuelle aux excédents, constituée par 10% du solde créditeur des éléments précédents
- 90% du solde financier, calculé conformément à l'article D. 223-5 du Code de la mutualité
- Le solde de réassurance cédée, calculé conformément à l'article D.223 4 du Code de la mutualité
- Et s'il y a lieu, le solde débiteur du compte de participation aux excédents de l'exercice précédent

La participation aux excédents correspond au solde créditeur de ce compte (=a+b+c+d)

Les sommes correspondantes sont redistribuées aux assurés/adhérents emprunteurs du contrat conformément aux modalités et délais prévus par la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2018.

Article 28 – NON PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, ALS, procédera à la suspension et/ou résiliation du contrat selon les modalités de l'article L221-7 du Code de la Mutualité.

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

CHAPITRE IV – MODALITES DE GESTION

Article 29 - DISPOSITIONS DIVERSES

§ 1– Taxes

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

§ 2– Loi informatique et libertés

Les informations concernant l'adhérent sont destinées à ALS et au délégataire, et sont nécessaires pour assurer la gestion et le suivi de ses adhésions. Elles peuvent faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et la lutte contre la fraude.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 06/08/2004 modifiant la Loi n°78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants-droit, dispose d'un droit d'opposition ; d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de rectification avec la possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller, d'un droit de modification et de suppression des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à ALS ou au « *service relation adhérent* » du délégataire.

Conformément au règlement (UE) du parlement européen et du conseil du 27/04/2016, l'adhérent à un droit de portabilité de ses données (droit de

recevoir ou de faire transférer ses données à caractère personnel dans un format utilisable).

§ 3 – Contrat en gestion délégué

Le contrat d'assurance emprunteur proposé par ALS est un contrat en gestion délégué.

Ainsi, c'est auprès de VERLINGUE que certaines de vos données personnelles seront transférées, selon le protocole de délégation en vigueur

ALS comme VERLINGUE s'engagent à traiter vos données personnelles avec toute la confidentialité qui s'y attache, pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect de la prescription légale.

Le nouveau Règlement Général relatif à la Protection des Données (RGPD) a fait évoluer la Loi dite « Informatique et Libertés » (Loi n°2004-801 du 06/08/2004 modifiant la Loi n°78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Vous pouvez à présent consulter la "Charte de Protection des Données Personnelles" accessible à l'adresse suivante : www.mutlog.fr et également disponible, sur simple demande, auprès de Mutlog - 75 quai de la Seine – 75940 Paris cedex 19.

Vous avez également le droit d'interroger, le "délégué à la protection des données" en écrivant à l'adresse suivante : **MUTLOG – Délégué à la protection des données - 75 quai de la Seine – 75940 PARIS Cedex 19.**

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

§4 - Contrôle de l'assureur

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est :

L'AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION- SECTEUR ASSURANCE (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09

§5 – Territorialité

MUTLOG garantit le maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier, que ce soit à titre personnel, comme professionnel ou humanitaire.

CHAPITRE V – LES PLUS SOLIDAIRES

Article 30 – ACCOMPAGNEMENT RETOUR EMPLOI (ARE) LIE A LA PRESTATION PEI –

Une prestation ARE (Accompagnement Retour Emploi) est versée aux adhérents ayant contracté une garantie PEI chez MUTLOG.

Cette prestation ne s'applique pas pendant la période de différé d'amortissement. Elle s'établit comme suit, assurée :

- 300 € en cas de retour à un emploi en contrat à durée indéterminée, dans les 12 mois à compter de la notification par l'employeur du licenciement,
- 150€ en cas de retour à un emploi en contrat à durée indéterminée, dans les 24 mois à compter de la notification par l'employeur du licenciement.

Le montant maximal versé, sur toute la durée de l'assurance, pour le même prêt, est plafonné à 300€.

Le détail des prestations sera versé sur la base de la copie du contrat de travail à durée indéterminée (période d'essai concluante) et d'une attestation de l'employeur.

L'ensemble de ces éléments est à adresser à MUTLOG.

Article 31 – ACCOMPAGNEMENT CREATION D'ENTREPRISE (ACE) LIE A LA PRESTATION PEI –

Si l'adhérent passe d'une indemnisation par le Pôle Emploi à un dispositif de « création d'entreprise », soutenu par ledit Pôle Emploi, MUTLOG versera à l'adhérent, si celui-ci a contracté une garantie PEI, la somme forfaitaire de 300€ pour l'ensemble des prêts assurés, sur la base d'une attestation transmise par Pôle Emploi.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation ARE.

Article 32 – AIDE AUX ASSURES ACCOMPAGNANT UNE PERSONNE EN FIN DE VIE

Les adhérents justifiant d'une allocation journalière prévue par la loi 2010-209, bénéficieront d'une allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie d'un montant maximum d'une mensualité du prêt assuré, corrigée de la quotité assurée.

Cette allocation sera versée sur la base d'un justificatif de droit à perception de l'allocation journalière d'accompagnement, délivrée par le régime d'assurance maladie.

La qualité d'aidant, pour être reconnue, devra répondre à la définition légale figurant dans la loi du 2 mars 2010.

Cette prestation sera cumulable avec une éventuelle prestation due, à la personne en fin de vie, justifiant d'une couverture de MUTLOG.

Article 33 – FONDS D'ENTRAIDE

Un Fonds d'Entraide est constitué, pour intervenir ponctuellement, lors de la survenance d'un événement familial ou professionnel fortuit (dû au hasard), qui met en péril l'équilibre du budget familial.

Cette intervention constitue un moyen mis à la disposition des adhérents de MUTLOG, afin d'aider des familles momentanément en difficulté. Une commission étudie des dossiers qui lui sont présentés.

Ainsi, un adhérent classé en PTIA (c'est-à-dire incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante), peut, sur décision du Comité de Gestion, se voir verser un forfait de 500€ aux fins de faciliter son organisation de vie.

Egalement, sur décision du Comité de gestion, pour une première naissance ou adoption d'un enfant dans le foyer durant la vie du contrat, une exonération de 12 mois de cotisations peut être allouée.

Enfin, dans la limite de 12 mois, aucune cotisation ne sera due par l'adhérent durant l'exécution d'un plan conventionnel de redressement

Toute demande d'intervention doit être effectuée auprès de MUTLOG

Document d'information sur le « droit à l'oubli » à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la Convention AERAS

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCa et des associations de malades pour instaurer un « droit à l'oubli » devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en œuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en œuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le "droit à l'oubli" dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

1. Critères relatifs à votre projet :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositifs mentionnés au 2.) il est nécessaire que :

- Votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^{ème} anniversaire.

2. Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :

2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions.

Si votre projet réunit les critères définis au 1.), vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

- a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans* :
 - si la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans* au jour de votre demande d'assurance ;
 - et s'il n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;

Ou bien

- b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos **18 ans**^{*} :
- si la *date de fin du protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de **10 ans*** au jour de votre demande d'assurance ;
 - **et s'il n'a pas été constaté de rechute**² de votre maladie,

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

* L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du « droit à l'oubli » le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016.

Si votre projet réunit les critères mentionnés au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2.1), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 2.1) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence.

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au 1.), que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2.1) et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, **alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique¹ remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

3. Evolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 2.1 a) et au 2.1 b).

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr

LEXIQUE

¹ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

² **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.