Mutlog
Siren : 325 942 969
Mutlog Garanties
Siren : 384 253 605
75 Quai de la Seine – 75940 Paris Cedex

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR SOUSCRIT PAR LE CREDIT COOPERATIF AUPRES DE MUTLOG - 202004 VERSION 09-2021

ARTICLE1–PRÉAMBULE

Le contrat n°202004 souscrit par le Crédit Coopératif pour son propre compte et celui de ses filiales, ci-après désigné « le prêteur », auprès de Mutlog, ci-après dénommé « La Mutuelle », est régi par le Code de la mutualité, dont l'article L. 221-14 prévoit notamment :

"Indépendamment des causes ordinaires de nullité, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paie- ment de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts."

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

Conformément à l'article L.221-18 du code de la Mutualité, l'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction pendant toute la durée de votre (vos) prêt(s), sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés dans les articles 13-2 / 14-3 / 16-5.

Le contrat est régi par la loi française et tout litige né de l'exécution, l'inexécution ou l'interprétation du contrat est de la compétence des juridictions françaises.

ARTICLE 2 - DÉFINITION

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Il est précisé que le décès ou la PTIA, consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date dudit accident.

Le décès ou la PTIA ne sont pas considérés comme accidentels s'ils sont la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie. Enfin, sont également considérés comme maladies et non accidents, les lésions provoquées par un effort, les insolations, les congélations ou congestions.

Adhérent: l'adhérent de ce contrat. Ce sont les personnes physiques sur lesquelles repose le risque couvert par la mutuelle. Elles ont la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution.

Ces personnes physiques doivent résider fiscalement en France.

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, ou intervenant en qualité de caution.

Lorsque l'emprunteur est une personne morale, une personne physique est assurable.

Mutuelle : MUTLOG et MUTLOG GARANTIES, mutuelles, toutes deux désignées dans le corps du texte par «la mutuelle ».

Bénéficiaire : le bénéficiaire des prestations est l'adhérent, qui stipule auprès de Mutlog, que la prestation sera versée directement au profit du prêteur, qui l'accepte, voire d'un tiers nommément désigné par l'adhérent, après accord de l'organisme prêteur.

Contractant : la personne morale « Crédit Coopératif » qui souscrit le contrat, ci-après dénommée « le prêteur ».

Encours : total des capitaux restants dus couvert par l'assureur pour un même assuré.

Capital assuré : le capital assuré est égal, pour chaque personne adhérente, au capital initial emprunté, affecté de la quotité assurée.

Franchise : délai courant à partir du premier jour de l'arrêt de travail. Pendant cette période, la garantie en cas d'incapacité temporaire totale est acquise à l'adhérent, mais n'ouvre pas encore droit au versement de la prestation garantie.

Gestionnaire : Cbp France, Société par actions simplifiées au capital de 62 035 € Immatriculée au RCS sous le numéro 863 800 868 RCS Nantes Siège social situé 3, rue Victor Schoelcher, Bâtiments E et F, 44800 Saint-Herblain. Société de courtage d'assurances immatriculée à l'Orias sous le numéro 07 009 030, mandaté par l'assureur pour la gestion partielle des adhésions et des sinistres

ARTICLE 3-OBJET DU CONTRAT

Le contrat n°202004 a pour objet de garantir les personnes assurables bénéficiaires de crédits ou de découverts tels que définis au chapitre « caractéristiques des opérations garanties », en couverture des risques suivants :

- **prêts Immobiliers amortissables et prêts relais particuliers :**
DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE ou DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE et INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE, selon le choix exprimé sur la demande d'adhésion.

- **prêts personnels et prêts Professionnels amortissables, Crédits confirmés et prêts relais professionnels:** DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE ou DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE et INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE, selon le choix exprimé sur la demande d'adhésion.
Pour les prêts inférieur ou égal à 21 500€ seule les garanties DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE sont accordées

- **Pour les prêts inférieur ou égaux à 21 500€, pour les prêts In Fine et pour les découverts bancaires** seules les garanties :
DECES, PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE sont accordées

ARTICLE 4 - CARACTÉRISTIQUES DES OPÉRATIONS GARANTIES

Les caractéristiques des financements entrant dans le champ d'application du présent contrat sont les suivantes :

- Prêts immobiliers :
  - Amortissables à taux fixe, révisable ou variable, à échéances constantes ou modulable, d'une durée maximale de 336 mois et d'un montant maximum de 800 000€. Ces prêts peuvent comporter une période de différé partiel ou total d'amortissement dont la durée ne peut excéder 24 mois, à échéance constante ou modulable.
  - A remboursement in fine avec paiement des intérêts par l'emprunteur, d'une durée maximale de 240 mois.
  - Relais, remboursables au terme, d'une durée maximale de 36 mois.
- Prêts personnels :
  - Et à la consommation, amortissables, à taux fixe et à échéances constantes, d'une durée maximale de 10 ans.
- Prêts professionnels aux personnes morales :
  - Amortissable et crédits confirmés d'un montant maximum de 800 000€ et d'une durée maximale de 240 mois
  - In fine d'une durée maximum de 180 mois
  - Découverts bancaires de 320 000€ maximum et d'une durée de 12 mois tacitement renouvelable dans la limite de 60 mois.

ARTICLE 5 - CONDITIONS D'ADMISSION

Vous êtes admissible si vous êtes emprunteur, co-emprunteur, ou si vous bénéficiez d'une autorisation de découvert, si vous avez dépassé votre 18-ème anniversaire et que vous êtes en deçà de votre :

- 75ème anniversaire, à la date de signature de la demande d'adhésion pour les prêts immobiliers

- 65eme anniversaire, à la date de signature de la demande d'adhésion pour les prêts personnels et professionnels

ARTICLE 6 - FORMALITÉS D'ADMISSION

Vous devez compléter et signer la demande d'adhésion et le questionnaire de santé. Vous pouvez, si vous le souhaitez, adresser votre questionnaire de santé sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur, via son gestionnaire en délégation Cbp France à l'adresse ci-dessous :

Médecin Conseil

CS 2008

44967 NANTES Cedex 9

Le Médecin Conseil de l'assureur, via Cbp France, peut vous demander un complément d'information dont les éventuels honoraires sont à votre charge ou des formalités médicales en fonction du montant du capital à garantir et de votre âge, dans ce cas, les honoraires médicaux sont à la charge de l'assureur.

L'assureur peut :

• accepter votre demande :

- au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
- sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties.

• refuser votre demande.

La décision de la mutuelle reste valable pendant 6 mois. Si au terme de ce délai aucun fonds n'est mis à disposition ni aucune autorisation de découvert accordée, la demande d'adhésion doit être renouvelée. Pour les découverts, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées tous les 5 ans.

Convention AERAS

La mutuelle et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant avec le questionnaire de santé et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-infos.fr

Les dispositions de la convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être accepté dans le contrat de base est automatiquement transférée vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, le dossier est transmis au pool de réassurance du 3ème niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

ARTICLE 7 - MONTANT MAXIMUM ASSURÉ

Le montant total des capitaux accordés par le prêteur et assurés est limité à :

- **800.000€** (HUIT CENT MILLE EUROS), pour un même adhérent, pour l'ensemble des prêts immobiliers et personnels
- **800.000€** (HUIT CENT MILLE EUROS), pour un même adhérent, pour l'ensemble des prêts et découverts souscrits par une personne morale.

En outre, le cumul des capitaux garantis pour les découverts est limité à 320.000 € (TROIS CENT VINGT MILLE EUROS).

Si pour un prêt donné, le montant total des capitaux assurés excède le montant maximum de l'engagement de la mutuelle, les garanties de ce prêt seront diminuées au cours de toute sa durée dans le rapport existant entre l'engagement initial de la mutuelle au titre de ce prêt et son montant réel à l'origine.

ARTICLE 8 - QUOTITE ASSURÉE

Elle s'applique sur l'ensemble des risques couverts et ne peut être supérieure à 100% par adhérent.

Pluralité d'adhérents

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt : emprunteur, co-emprunteur, caution, représentant de personne morale, l'assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100%.

ARTICLE 9 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat prend effet, sous réserve de l'acceptation du risque formulé par la mutuelle et du paiement des cotisations, et sauf renonciation formulée par l'adhérent, dès l'acceptation de l'offre de crédit(s) par l'Emprunteur, dans les conditions indiquées dans la présente notice d'information remise à l'Emprunteur **et au plus tard six mois à compter de la signature de la liasse de souscription.**

Les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale prennent effet dès la date de prise d'effet du contrat.

Pendant la période qui s'écoule entre la date d'effet des garanties ci- dessus définie, et la date d'entrée du prêt en amortissement, une prime dite de raccordement est prélevée à terme échu sur le compte support des prélèvements mentionné dans l'offre de crédit(s). La période de raccordement prend fin lorsque commence la période d'amortissement du prêt.

Dans l'éventualité du non-paiement des primes d'assurance pour quelque cause que ce soit, l'adhérent fait son affaire personnelle des risques encourus consécutifs à l'absence de couverture. Tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par la mutuelle, seule la couverture du risque de décès accidentel est acquise à compter de la date de signature de la demande d'adhésion pendant une durée de 90 jours maximum.

ARTICLE 10 - MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de résiliation du contrat entre l'assureur et le prêteur, toutes les garanties souscrites relatives à des prêts sont maintenues aux adhérents dans les conditions de cette notice, sous réserve des dispositions de l'article « cessation des garanties ». Les cotisations continuent d'être dues.

Pour les découverts, en cas de résiliation du contrat, les garanties prennent fin automatiquement à la date de résiliation du contrat.

ARTICLE 11 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION PAR L'ADHÉRENT

Pour les prêts immobiliers, conformément aux articles L.313.30 du code de la consommation et L221-10 du code de la mutualité, l'adhérent peut demander au Prêteur la substitution du contrat soit :

- dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt, l'adhérent peut adresser sa demande en courrier recommandé ou en recommandé électronique et au plus tard 15 jours avant le terme de la période de 12 mois susmentionnée; la substitution si elle est acceptée, entraînera la résiliation de l'adhésion.

En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à la date la plus tardive des deux dates suivantes :

- soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur,
- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance acceptée en substitution.

En cas de refus de la substitution par le Prêteur, l'adhésion au contrat continue de produire ses effets

- à expiration de ce délai de douze mois, à chaque échéance annuelle de son adhésion au contrat d'assurance. L'assuré doit alors adresser sa demande de résiliation en lettre recommandée (papier ou digital) au Prêteur au moins deux mois avant la date d'échéance. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt. En cas d'acceptation par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

L'adhérent devra transmettre au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. En cas de refus de la substitution par le Prêteur, l'adhésion au contrat initial continue de produire ses effets.

ARTICLE 12 - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

Les garanties joueront conformément au tableau d'amortissement prévu à l'origine du prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Aménagement du prêt en cas de remboursement anticipé partiel.

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouveau tableau d'amortissement, sans qu'aucun retard dans les versements ne puisse y apporter une modification.

Aucun changement de garantie ou de quotité ne sera accepté à cette occasion.

ARTICLE 13 - GARANTIE DÉCÈS

13-1 MONTANT DE LA PRESTATION

En cas de décès la mutuelle verse au prêteur :

- le capital assuré restant dû au jour du décès, et pour les découverts le montant utilisé. Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès,
- les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès,
- le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Pour les Crédits confirmés : l'assureur verse la somme correspondant au total de la somme des billets souscrits non échus et des commissions d'engagements, au prorata temporis entre le jour de la dernière échéance et celui du décès.

13-2 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse :

Pour l'ensemble des opérations garanties :

- **en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité,**
- **au terme normal ou anticipé de chaque prêt,**
- **à la date d'exigibilité de chaque prêt,**
- **à la date de déchéance du terme et de plus,**
- **en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions de l'article 11 de la présente notice.**

La mutuelle n'est tenue à aucune garantie postérieurement à la date d'extinction de l'engagement de l'adhérent envers la contractante.
Les cotisations prélevées au-delà de la cessation des engagements de l'adhérent envers la contractante seront remboursées à l'adhérent dans la limite de la prescription légale de deux ans (article L 221-11 du Code de la Mutualité).

Pour les découverts :

- **à la date de résiliation du contrat,**
- **à l'issue de la période de validité de l'affiliation,**

Type de Prêt	Fin de Garantie
Prêt Immobilier	Au dernier jour du mois de votre **70ème anniversaire** si vous avez adhéré avant votre 65ème anniversaire Au dernier jour du mois de **votre 80ème anniversaire** si vous avez adhéré entre votre 65ème anniversaire et votre 75ème anniversaire
Prêt Professionnel, Prêt personnel, Découvert	Au dernier jour du mois de **votre 70ème anniversaire**

- **au terme contractuel ou anticipé de l'opération de découvert autorisé,**
- **en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions de l'article 11 de la présente notice.**

La mutuelle n'est tenue à aucune garantie postérieurement à la date d'extinction de l'engagement de l'adhérent envers la contractante.

Les cotisations prélevées au-delà de la cessation des engagements de l'adhérent envers la contractante seront remboursées à l'adhérent dans la limite de la prescription légale de deux ans (article L 221-11 du Code de la Mutualité).

13-3 - RISQUES EXCLUS

La mutuelle couvre **tous les risques de décès** quelle qu'en soit la cause, **à l'exclusion:**

- **du suicide de l'adhérent s'il survient au cours de la première année d'assurance, sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret (120000 € décret du 28 Mars 2002).**
- **des matches, courses, paris, compétitions sportives sauf en tant qu'amateur,**
- **des accidents résultant de la consommation par l'adhérent, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre,**
- **des risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'adhérent lui-même,**
- **des sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, voltiges libres, vols d'apprentissage, raids, tentatives de record, vols sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ULM, sur ailes volantes, pratique du deltaplane, parachutisme ascensionnel, et parapente,**
- **des accidents dus à la pratique du saut à l'élastique,**
- **des rixes auxquelles l'adhérent participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,**
- **des conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **des conséquences, directes ou indirectes d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet évènement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active,**
- **des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou en utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.**

14- GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

14-1 DEFINITION

Un adhérent est en état de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque les trois conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- L'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit ;
- Elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer ;
- La PTIA reconnue par l'assureur doit être survenue avant la fin du mois de votre 65ème anniversaire

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie est assimilée au décès, et par conséquent met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

14-2 MONTANT DES PRESTATIONS

L'assureur verse le montant de la prestation définie à la garantie décès, à la date de reconnaissance par son médecin conseil de votre perte totale et irréversible d'autonomie.

14-3 CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse :

Pour l'ensemble des opérations garanties :

- **au dernier jour du mois de votre 65ème anniversaire**
- **en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité,**
- **au terme normal ou anticipé de chaque prêt,**
- **à la date d'exigibilité de chaque prêt,**
- **à la date de déchéance du terme. Et, de plus**

Pour les découverts :

- **à la date de résiliation du contrat,**
- **à l'issue de la période de validité de l'affiliation,**
- **au terme contractuel ou anticipé de l'opération de découvert autorisé,**
- **en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées par l'article 11 de la présente notice.**

La mutuelle n'est tenue à aucune garantie postérieurement à la date d'extinction de l'engagement de l'assuré envers la contractante.

Les cotisations prélevées au-delà de la cessation des engagements de l'adhérent envers la contractante seront remboursées à l'adhérent dans la limite de la prescription légale de deux ans (article L 221-11 du Code de la Mutualité).

14-4 - RISQUES EXCLUS

La mutuelle couvre tous les risques, à l'exclusion de ceux indiqués au paragraphe « Risques exclus » de la garantie « Décès » et à l'exclusion des suites et conséquences:

- **des maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'adhésion et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'admission sauf si ils ont été déclarés à la souscription et qu'ils n'ont pas fait l'objet d'exclusion particulière,**
- **des maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'adhérent ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L. 324-1 du code de la Sécurité sociale,**
- **des accidents résultant de l'usage par l'adhérent, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,**
- **des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,**
- **des blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de courses comportant un véhicule à moteur, à titre professionnel ou rémunéré.**

15 - GARANTIE INVALIDITÉ SPECIFIQUE AERAS

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Partielle / Invalidité Permanente Totale sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec exclusion de certaines pathologies, l'Assureur peut proposer dans les dispositions particulières adressées à l'Adhérent une garantie Invalidité Spécifique AERAS.

15.1 Définition de la garantie Invalidité Spécifique AERAS (GIS) :

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée.

L'Adhérent est en état d'Invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.

2. Son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.

3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001).

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu au paragraphe « CONTROLE MEDICAL » pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.

4. L'Adhérent doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéfice :

- lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
- lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
- lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession.

5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe **avant le 65ème anniversaire de l'Adhérent.**

15.2 Prestations garanties :

La prestation garantie au titre du risque Invalidité Spécifique AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies au paragraphe « RISQUES EXCLUS » et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Partielle / Invalidité Permanente Totale, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par La mutuelle de l'état d'Invalidité Spécifique AERAS.

Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

15.3 Cessation du versement des prestations :

Le versement des prestations Invalidité Spécifique AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés au paragraphe « CESSATION DE LA GARANTIE »;
- lorsque l'Adhérent n'est plus reconnu en état d'Invalidité Spécifique AERAS tel que défini au paragraphe « DEFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS »;

Lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de versement de son régime de protection sociale visé au point 4 de la définition de la garantie ;

Lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70% ;

- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

16 - GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE/ INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE / INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Pour pouvoir bénéficier de ces garanties, vous devez :

- **les avoir souscrites sur votre demande d'adhésion.**

16-1 DEFINITION DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE /DE L'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE :

16-1-1Définition de l'Incapacité Temporaire Totale

Si l'Adhérent est en activité professionnelle ou en recherche d'emploi au jour du sinistre:

Lorsque l'Adhérent est dans l'impossibilité absolue, constatée médicalement, par suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant son 65ème anniversaire** d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, même partiellement.

Si l'Adhérent est sans activité professionnelle au jour du sinistre et ne perçoit pas d'allocation du Pôle Emploi ou d'organisme similaire :

Lorsque l'Adhérent est dans l'impossibilité absolue, constatée médicalement, par suite d'un accident ou d'une maladie survenant après la date d'effet des garanties et **avant son 65ème anniversaire** d'exercer une quelconque activité même partiellement.

Attention : si l'Adhérent est la caution (ou encore le garant à quelque titre que ce soit du financement), la garantie Incapacité Temporaire Totale ne lui est acquise qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur principal et s'il apporte la preuve qu'il est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins trois mois (3 mois) continus au jour du sinistre.

16-1-2Définition de l'Invalidité Permanente Totale

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Adhérent, et au plus tard trois ans après le début de son Incapacité Temporaire Totale, le Médecin conseil de l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'adhérent sur la base du tableau ci-après.

Si l'Adhérent exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Si l'Adhérent est sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle.

16-2 RECONNAISSANCE DE L'INVALIDITE PERMANENTE

16-2-1 Le calcul

Votre taux d'incapacité fonctionnelle :

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique ou mentale, suite à votre accident ou à votre maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Votre taux d'incapacité professionnelle :

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession.

Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales de votre profession et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Contrat n° 202004 - 04/2020/notice

TAUX D'INCAPACITE DU CONTRAT D'ASSURANCE

		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%

Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est égal ou supérieur à 66 %, l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale

16-2-2 Définition de l'Invalidité Permanente Partielle – Pour les seuls prêts immobiliers

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Adhérent, et au plus tard trois ans après le début de son Incapacité Temporaire Totale, le Médecin conseil de l'Assureur fixe le taux d'incapacité permanente de l'adhérent sur la base du tableau ci-dessus.

Si l'Adhérent exerce une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction de son taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

Si l'Adhérent est sans activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre, ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle.

16-2-3 Reconnaissance de l'Invalidité Permanente Partielle – Pour les seuls prêts immobiliers

Si le taux d'incapacité fixé sur la base de ce tableau est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66%, l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle (uniquement pour les prêts immobiliers)

Si le taux est inférieur à 33% aucune prestation n'est due par l'assureur.

16-3 VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont dues à l'issue d'un **délai de franchise de 90 jours d'incapacité totale et continue de travail.** Ce délai débute au premier jour de chaque arrêt de travail.

Le délai de franchise n'est pas appliqué si, après une période d'incapacité de travail indemnisée par l'assureur, vous avez repris une activité professionnelle pendant moins de 90 jours et si vous êtes de nouveau en incapacité de travail pour la même maladie ou le même accident.

Elles sont versées mensuellement au prorata du nombre de jours d'incapacité justifiés.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

16-4 MONTANT DES PRESTATIONS

Base de calcul

Les prestations versées pendant l'incapacité temporaire totale et l'invalidité permanente totale sont calculées sur la base des échéances découlant du fonctionnement normal du contrat de prêt, affectées de la quotité assurée.

Les prestations versées pendant l'invalidité permanente partielle sont à hauteur de 50% du montant de l'échéance affectée de la quotité assurée.

Uniquement pour les prêts immobiliers : en cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit médicalement, une prestation à hauteur de 50% du montant de l'échéance affectée de la quotité assurée, est versée sur une durée maximale de 12 mois.

L'indemnisation journalière est limitée à 133 euros pour l'ensemble des prêts assurés donnant lieu à indemnisation.

Crédits confirmés : l'assureur verse le 90ème de la trimestrialité prévue au tableau d'amortissement du contrat de prêt, y compris les intérêts et la commission d'engagement des billets souscrits non échus, par jour d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale au prorata de la quotité assurée.

Ne sont pas pris en compte :

- **les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retards appliqués par le prêteur,**
- **les échéances d'amortissement du capital pour les prêts relais et In fine**

16-5 - FIN DE LA GARANTIE ET DES PRESTATIONS

La garantie et les prestations cessent pour l'ensemble des opérations garanties :

- **à la cessation de la garantie décès-PTIA,**
- **au dernier jour du mois de votre 65ème anniversaire de naissance,**
- **en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité,**
- **au terme normal ou anticipé de chaque prêt,**
- **à la date d'exigibilité de chaque prêt,**
- **à la date de déchéance du terme,**
- **à la date de votre départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou de la date de mise en situation de retraite ou de préretraite, en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable.**
- **en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions fixées à l'article 11 de la présente notice**

De plus, les prestations cessent également :

- **dès que votre taux d'incapacité fixé sur la base du tableau ci-dessus devient inférieur à 66% pour l'invalidité permanente totale**
- **dès que votre taux d'incapacité fixé sur la base du tableau ci-dessus devient inférieur à 33% pour l'invalidité permanente partielle**
- **dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel sauf en cas de reprise d'activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique pour les prêts immobiliers.**

16-6 - RISQUES EXCLUS

L'assureur couvre **tous les risques d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente partielle / invalidité permanente totale résultant de maladie ou d'accident, à l'exclusion :**

- **des risques exclus énoncés à l'article 13-3 pour la garantie décès et à l'article 14-4 pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie,**
- **les traitements esthétiques, les opérations de chirurgie esthétique, sauf opération de chirurgie réparatrice découlant d'un évènement assuré**
- **du congé légal de maternité de la Sécurité sociale que l'adhérente y soit ou non assujettie, étant précisé que pour les adhérentes exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,**
- **les séjours hospitaliers dans les conditions suivantes : cures de toute nature, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication ou de sommeil**

Pour les prêts personnels et professionnels sont également exclues les incapacités de travail / invalidités:

- **consécutives à une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité, ou si l'adhérent a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,**
- **consécutives à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.**

17-CONTROLE MEDICAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE OU D'INCAPACITE DE TRAVAIL

17-1 CONTROLE MEDICAL

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie et à l'incapacité de travail temporaire totale, l'invalidité permanente partielle ou l'invalidité permanente totale et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis.

Il peut alors faire contrôler par un médecin l'état de santé de l'adhérent.

Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'assureur. Si l'adhérent le souhaite, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais. **Le contrôle médical entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement.** Si l'adhérent s'oppose à ce contrôle, il perd droit aux prestations.

17-2 ARBITRAGE

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin de l'assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité **temporaire totale ou d'invalidité permanente partielle / invalidité permanente totale** ou de garantie invalidité spécifique AERAS, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent.

L'adhérent et l'assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

18 - RÈGLEMENT DES SINISTRES

Délai de déclaration

Vous devez déclarer :

- votre incapacité **temporaire totale** dans les 12 mois qui suivent le premier jour d'arrêt.

Si vous déclarez votre incapacité **temporaire totale** après ce délai :

- votre arrêt est pris en charge à compter du jour de la réception de votre déclaration,
- l'assureur n'applique pas le délai de franchise.

Destinataire de la déclaration

Le sinistre doit être déclaré via le site :

www.cbp4you.fr

Ou par courrier à *:*

Cbp France
Service Sinistres
CS 20008
44967 Nantes Cedex 9

Orias n° 07 009 30- www.orias.fr

Les documents médicaux peuvent être adressés à Cbp France, à l'attention du Médecin Conseil.

Pièces à fournir

Dans tous les cas, le tableau d'amortissement ou le tableau de financement.

En cas de **décès** :

- un certificat médical indiquant notamment les causes du décès et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,

En cas de **perte totale et irréversible d'autonomie** :

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

Si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- la notification de la pension d'invalidité troisième catégorie établie par la Sécurité sociale ou la notification de la rente accident du travail à 100 %.

En cas d'incapacité **temporaire totale / d'invalidité permanente partielle ou d'invalidité permanente totale:**

- une attestation médicale remplie par votre médecin traitant et vous-même, sur l'imprimé de l'assureur.

Si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- au cours de la période indemnisée :

- les documents qui justifient de votre état d'**incapacité temporaire totale / d'invalidité permanente partielle ou d'invalidité permanente totale** - la notification d'attribution de votre pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,

- vos justificatifs de paiement de pension ou rente. Si vous n'êtes pas salarié :

- les certificats médicaux d'arrêt de travail,

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de votre demande.

L'assuré pourra consulter l'avancement de son dossier en ligne par le biais de l'espace assuré mis à sa disposition :

https://www.cbp4you.fr

19 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Votre cotisation est calculée sur le capital total assuré, quel que soit le montant débloqué. Elle est due dès la prise d'effet des garanties et est payable périodiquement lors de chaque échéance de remboursement du prêt.

Après un remboursement anticipé partiel, la cotisation est calculée sur le montant suivant :

(capital initial – remboursement anticipé partiel) x quotité assurée

Le taux de cotisation, taxes actuellement en vigueur comprises, est constant pendant toute la durée du prêt. Il ne subit pas de réduction à la fin des garanties perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail/invalidité.

20 - PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.221-11 du Code de la Mutualité reproduits ci-après :

Article L.221-11 du Code de la Mutualité

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente partielle / invalidité permanente totale.

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

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

Article L.221-12 du Code de la Mutualité

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- La citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice, même en référé, y compris 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 ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'article L221-1 du CM sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du code civil.

21 – DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L 223-8 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer au contrat d'assurance de la Mutuelle par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 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 L221-18 II - 1 et 2 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'Adhésion formalisée par l'envoi de l'attestation d'assurance.

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

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

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait à……..le…… « Signature »

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

Au-delà de ce délai, l'Adhérent pourra mettre fin au contrat par résiliation selon les dispositions prévues à l'article 6.2. La renonciation met fin à l'affiliation.

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

22 - INFORMATION DES ADHÉRENTS

Les informations concernant l'adhérent sont destinées à la Mutuelle et lui sont nécessaires pour assurer la gestion et le suivi de ses adhésions.
Elles peuvent également 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.

L'adhérent, ou le cas échéant les ayants-droit, peut s'opposer pour des motifs légitimes à l'hébergement de ses données de santé.
Conformément à la loi 2018-493 du 20 juin 2018, puis à l'ordonnance du 12 décembre 2018 n° 2018-1125n°2004-801, 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 fondé sur des motifs légitimes ; 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 CBP France :

Cbp France

CS 20008

44967 NANTES CEDEX 9

ou au « service relation adhérent » de la Mutuelle.
Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant ou, le cas échéant, aux ayants-droit, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L1111-7 du Code de Santé Publique.

Vous disposez également 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.

Protection des données
A partir du 25 mai 2018, le nouveau Règlement Général relatif à la Protection des Données fait évoluer la Loi dite « Informatique et Libertés ».
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).

Pour plus de détails, vous pouvez consulter la "Charte de Protection des Données Personnelles" de la Mutuelle accessible à l'adresse suivante : www.mutlog.fr, également disponible sur simple demande auprès de Mutlog.

Vous avez également le droit d'interroger, le "délégué à la protection des données" en écrivant chez CBP France (cf adresse ci-dessus), ou à la Mutuelle à l'adresse suivante :

MUTLOG
Délégué à la protection des données
75 quai de la Seine
75940 PARIS Cedex 19

L'assureur, responsable du traitement de votre adhésion, peut - sous réserve d'avoir recueilli votre consentement préalable par écrit sur le traitement de vos données de santé - communiquer vos réponses, ainsi que les données vous concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de votre dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de votre dossier.

Si vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de votre contrat, notamment à l'admission ou en cas de sinistre, Cbp France est en mesure d'étudier toutes vos demandes.

Si les réponses apportées ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser une réclamation à :

MUTLOG – Service Réclamations

75 quai de la Seine

75940 PARIS CEDEX 19

Les délais de réponses n'excèderont pas :

- Dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai
- Un mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse.

Si un désaccord subsiste, vous aurez toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la FNMF : dont les coordonnées sont les suivantes :

Monsieur le Médiateur de la FMNF
255 rue de Vaugirard
75014 PARIS

et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

23 - CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

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

AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION SECTEUR ASSURANCE

4 PLACE DE BUDAPEST – CS92459 –

75436 PARIS CEDEX 09