



d'Adhésion que l'Assuré doit également retourner signé dans les 90 jours de son émission.

A défaut, sauf accord de la Mutuelle, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

En cas d'adhésion effective, de refus ou d'acceptation avec restriction de garanties et/ou majoration de cotisations de la part de la Mutuelle, les frais d'examens médicaux engagés par le Candidat à l'assurance ou l'Assuré seront pris en charge directement par la Mutuelle si les examens sont réalisés dans un centre de santé agréé par la Mutuelle et, dans tous les autres cas, seront remboursés sur présentation des factures originales des examens médicaux dans les limites des plafonds de prise en charge précisés sur le document indiquant les formalités médicales à accomplir pour l'adhésion. En revanche, le Candidat à l'assurance ou l'Assuré supportera les honoraires d'examens lorsque ces derniers n'ont pas été sollicités par la Mutuelle, lorsqu'il ne donne pas suite à un accord d'assurance émis par la Mutuelle sans restriction et/ou majoration et en cas de renonciation de sa part après la signature du Certificat d'Adhésion. Il est rappelé qu'en cas d'utilisation du parcours médical simplifié, les frais sont directement avancés par la Mutuelle.

ARTICLE 4 – INCONTESTABILITE

Les déclarations de l'Assuré servent de base à l'adhésion qui est incontestable dès qu'elle a pris effet, sauf en cas de réticence ou de fausse déclaration. L'attention des Candidats à l'assurance est attirée sur les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

Article L.221-14 :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle ou par l'Union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle ou l'Union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. »

Ces dispositions sont applicables tant à l'adhésion qu'en cours de contrat. Les cotisations versées restent alors acquises à la Mutuelle, qui se réserve le droit d'engager tout recours pour la restitution des prestations indûment payées auprès de l'Assuré ou en cas de décès, auprès de ses ayants-droits.

Le Candidat à l'assurance est tenu d'informer la Mutuelle de toute modification de son état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet des garanties.

ARTICLE 5 – PROCEDURE D'ADMISSION EN CAS DE RISQUE AGGRAVE DE SANTE – CONVENTION AERAS

5.1 Objet de la Convention

Les Candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat, (niveau 1 de ladite Convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

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

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

En cas de refus des garanties dans le cadre du contrat de niveau 2, et sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Pour les prêts immobiliers et professionnels (autres que la résidence principale) : encours cumulé des prêts d'au plus 320 000 € et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts ;
 - Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme des prêts ;
- Le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de 3^{ème} niveau, conformément à la Convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

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

5.2 Garantie Invalidité Spécifique

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

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

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

Tous les risques de Maladie et d'Accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle figurant à l'article 8 « Exclusions » de la présente Notice.

ARTICLE 6 – FORMATION DU CONTRAT : PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE – DUREE ET FIN DES GARANTIES

6.1 Formation et prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, après acceptation des risques par la Mutuelle et sous réserve du paiement de la première cotisation :

- en cas de Vente à distance, à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage des fonds intervienne dans les 6 mois suivants l'acceptation par la Mutuelle ou son représentant dûment mandaté), et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu à l'article 21 «Droit de renonciation» qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties peuvent prendre effet à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds, lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la Demande d'Adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

- dans les autres cas, à la date figurant sur le Certificat d'Adhésion délivré par la Mutuelle à l'Adhérent et au plus tôt à la date d'édition de l'offre de prêt ou à la date de déblocage des fonds (sous réserve que le déblocage