

**Numéro de contrat : MGENIB1100524NNP**

# NOTICE D'INFORMATION

Assurance Couverture de prêt

Décès  
&

Invalidité permanente, complète ou partielle

Devise CHF

Souscrit par l'AMFI-MUTUELLE pour le compte de ses membres,  
fonctionnaires internationaux actifs de l'Office des Nations Unies et des Organisations affiliées

*Document contractuel*

*A effet dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024*

En qualité de membre, vous bénéficiez de la couverture de l'assurance Couverture de prêt, souscrite par l'AMFI-MUTUELLE auprès de MGEN, sous le numéro de contrat d'assurance N° MGENIB1100524NNP, qui a pour objet de couvrir le(s) solde(s) dus du (des) prêt(s) ordinaire(s) et au logement en cas de décès ou en cas d'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident, telle que reconnue par le Comité des pensions du personnel des Nations Unies ou le régime des Pensions de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

Les modalités de mise en œuvre et le détail des prestations, auxquelles vous avez droit, sont définies dans la présente notice d'information.

*Intermédié par: ASN, Advisory Services Network AG, Bederstrasse 51, 8002 Zurich, Suisse.*

## Table des matières

Section 1.	Objet et bases de la notice d'information ....2
Section 2.	Les Assurés .....4
Section 3.	Les définitions.....5
Section 4.	Les prestations.....6
Section 5.	Les justificatifs à fournir .....7
Section 6.	LES EXCLUSIONS .....7

### Section 1. Objet et bases de la notice d'information

#### 1- Objet de la notice d'information

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance collective souscrit par l'Association des Mutuelles des Fonctionnaires Internationaux (AMFI), agissant pour son entité La Mutuelle auprès de l'Organisme assureur MGEN, dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits (VYV-IB).

Les déclarations, tant de La Mutuelle que des membres, servent de base à ce contrat.

Le contrat relève de la branche 1 – Accident, 2 – Maladie et 20 - Vie-décès, définies à l'article R.211-2 du Code de la mutualité français.

Le contrat a pour objet de faire bénéficier les fonctionnaires internationaux, membres de La Mutuelle et contractant un (des) prêt(s) ordinaire(s) et/ou au logement auprès de La Mutuelle, d'une couverture pour le solde restant dû sur leur(s) prêt(s) ordinaire(s) et/ou au logement en cas de décès toutes causes ou d'une mise en invalidité, telle que reconnue par le Comité des pensions de la Caisse Commune des pensions du personnel des Nations Unies ou du Régime des Pensions de l'Organisation Mondiale du Commerce, consécutive à une maladie ou à un accident du membre emprunteur.

Les membres ont un accès au contenu des Statuts de l'Organisme assureur sur le site <https://www.mgen.fr>. En cas de conflit d'interprétation entre la présente notice d'information et les dispositions figurant aux Statuts de l'Organisme assureur, les dispositions de la présente notice d'information prévaudront.

#### 2- Effet, durée

##### 2.1 Couverture

**La demande de couverture s'effectue au moyen d'un questionnaire sur l'état de santé complété, daté et signé par le fonctionnaire international, membre de La Mutuelle ou éligible aux services, au moment de la soumission de sa (ses) demande(s) de prêt.**

Le questionnaire sur l'état de santé précise l'identité du fonctionnaire international et sa date de naissance.

Par sa signature sur le questionnaire sur l'état de santé le fonctionnaire international reconnaît avoir pris connaissance des documents précontractuels, soit le DIPA et la notice d'information et les avoir compris. La Mutuelle est déchargée de toute responsabilité relative à son devoir d'information dans le cas où le fonctionnaire international signe le questionnaire sans cependant avoir pris connaissance des documents précontractuels.

Les primes sont à la charge de La Mutuelle.

Aucun membre ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier, qu'il fait partie du groupe assuré et que les primes sont acquittées par La Mutuelle.

#### 2.2 Date d'effet et renouvellement

**Pour les membres dont un ou plusieurs prêts sont octroyés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 ainsi que pour ceux bénéficiant déjà d'une couverture sur leur(s) prêt(s) par le biais d'un précédent contrat, laquelle est reprise par l'Organisme assureur, l'affiliation à l'assurance prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour une période se terminant le 31 décembre de la même année.**

**La couverture d'assurance se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an.**

**Le remboursement total d'un prêt résilie de plein droit la couverture.**

#### 3- Devoirs du fonctionnaire international

Un fonctionnaire international qui est en arrêt maladie (certifié et non certifié) ne peut pas soumettre de demande de prêt.

Un fonctionnaire international qui soumet une demande de prêt auprès de La Mutuelle doit remplir un questionnaire sur l'état de santé de manière complète et conforme à la vérité.

Dans le cas où son état de santé évolue défavorablement entre la date mentionnée sur le questionnaire sur l'état de santé et la date prévue du paiement du prêt, ou s'il est en arrêt maladie (certifié et non certifié) pendant cette période, le fonctionnaire international doit en informer immédiatement l'Organisme assureur, via La Mutuelle, qui statuera sur la suite à donner à la demande de prêt.

Les conditions du contrat sont basées sur les déclarations transmises par le fonctionnaire international à l'Organisme assureur via La Mutuelle.

#### 4- Dispositions complémentaires

##### 4.1 Prescription

##### - Délai de prescription

Toute action dérivant de la couverture se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance,
- 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre.

#### - Causes d'interruption de la prescription

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Organisme assureur à La Mutuelle, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, et par le membre à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

#### 4.2 Déchéance des droits à indemnisation

Le membre est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné et s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Organisme assureur dans les cas suivants :

- S'il/elle fait une fausse déclaration relative à son état de santé,
- S'il/elle omet de signaler une évolution défavorable de son état de santé entre la date de signature mentionnée sur le questionnaire sur l'état de santé et la date de paiement du prêt,
- S'il/elle soumet une demande de prêt en étant en arrêt maladie (certifié et non certifié),
- s'il/elle fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs lors du processus médical ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir la couverture médicale du(des) prêt(s).

#### 4.3 Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit Règlement général sur la protection des données), dans le cadre de la gestion

du contrat d'assurance les données à caractère personnel du membre pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Le membre est informé que des traitements le concernant sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce en application du contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Organisme assureur et de La Mutuelle. L'Organisme assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les membres disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ils peuvent exercer leurs droits auprès du **Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV, 62-68, rue Jeanne d'Arc – 75013 Paris CEDEX** ou [dpo@groupe-vyv.fr](mailto:dpo@groupe-vyv.fr). Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou à 3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris Cedex 7, France.

Les données relatives à l'état de santé des membres, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'Organisme assureur ou aux membres eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical du Délégué de gestion. L'exercice de droits s'effectue à l'attention du médecin conseil de l'Organisme assureur par courriel à l'adresse : [lamutuelle@vyv-ib.com](mailto:lamutuelle@vyv-ib.com).

#### 4.4 Autorité de contrôle

L'Organisme de contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, France.

#### 4.5 Renseignement – Réclamation – Médiation

Lorsque les membres souhaitent obtenir des précisions ou

pour toute réclamation portant sur :

- les conditions relatives à la couverture du prêt en cas de décès ou d'invalidité,

ils doivent s'adresser à La Mutuelle, Palais des Nations 1211 Genève 10, Suisse ou par courriel à l'adresse [lamutuelle@un.org](mailto:lamutuelle@un.org).

Lorsque les membres souhaitent obtenir des précisions ou pour toute réclamation portant sur :

- le processus médical,

ils doivent s'adresser à l'Organisme assureur VYV International Benefits, Service Médical, 7 Square Max Hymans, 75748 Paris Cedex 15, France ou par courriel à l'adresse [lamutuelle@vyv-ib.com](mailto:lamutuelle@vyv-ib.com).

Il sera accusé réception de la demande dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la demande.

Si les membres ne sont pas satisfaits par la(les) réponse(s) apportée(s), ou si la réclamation devait ne pas être réglée, ils peuvent écrire à **VYV International Benefits, Service Relations Clientèle, 7 Square Max Hymans, 75748 Paris Cedex 15, France**. Courriel : [lamutuelle@vyv-ib.com](mailto:lamutuelle@vyv-ib.com) en joignant la copie des réponses qui leur ont été faites.

Après épuisement de toute procédure de traitement des demandes et réclamations, les membres peuvent saisir, par écrit, le médiateur MGEN et adresser leur réclamation par voie postale à : **CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION, 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND** ou sur le site internet dédié : <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site dédié à la médiation sur <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

#### 4.6 Compétence des tribunaux et langue du contrat

Le contrat, objet de la présente notice, est régi par le droit matériel suisse, en ce qui concerne la relation avec les membres, et par la Loi Fédérale suisse sur l'Assurance Accidents (LAA). En cas de litige avec un membre, les tribunaux compétents sont les juridictions suisses.

Seule la version en langue française fait foi.

#### 4.7 Clause de limitation – Sanctions internationales

L'Organisme assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

#### 4.8 Réticence ou fausse déclaration

Les conditions du contrat sont basées sur les déclarations faites par le fonctionnaire international sur le questionnaire sur l'état de santé transmises à l'Organisme assureur via La Mutuelle.

Toute omission, inexactitude ou fausse déclaration faite pendant les quatre (4) dernières années complètes et l'année en cours, depuis la période couvrant la date de soumission de la demande de prêt et du questionnaire sur l'état de santé jusqu'à la date du paiement de prêt, de même que la soumission d'une demande de prêt et du questionnaire sur l'état de santé pendant un arrêt maladie (certifié et non certifié) entraîne une résiliation de la couverture d'assurance de ce prêt sans versement de prestations. Ce prêt en cours devra être remboursé directement par le membre en cas d'invalidité, ou par sa succession en cas de décès.

Dans le cas où le prêt concerné par l'omission et/ou l'inexactitude et/ou la fausse déclaration et/ou l'arrêt maladie résulte d'une consolidation d'un ou plusieurs prêts précédents ceux-ci sont également concernés par l'absence de versement de prestations même si aucune omission, inexactitude, fausse déclaration ni arrêt maladie n'a été constaté ou n'a pu être constaté, y compris en raison de l'ancienneté des demandes sachant que la consolidation d'un nouveau prêt avec un ou plusieurs prêts en cours annule et remplace celui (ceux) consolidé(s).

Toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener l'Organisme assureur à invoquer la nullité de la couverture d'assurance.

La fausse déclaration effectuée par le membre, telle que décrite à l'article 4.2, amènera l'Organisme assureur à refuser la couverture en cas de sinistre. Le capital restant dû sera alors exigible par La Mutuelle auprès du membre ou de ses héritiers.

## Section 2. Les Assurés

### 5- Personnes assurées

**Sont éligibles au bénéfice de l'assurance « Couverture de prêt », décrite dans la présente notice d'information, les**

**fonctionnaires internationaux employés au sein d'une organisation internationale des Nations Unies ayant rempli les conditions énoncées dans le règlement intérieur de l'AMFI leur permettant de solliciter un prêt ordinaire et/ou un prêt au logement.**

**Les fonctionnaires internationaux retraités ne sont pas éligibles à l'assurance « Couverture de prêt ».**

## 6- Affiliation à la couverture d'assurance

### 6.1 Conditions d'affiliation

L'affiliation ne peut se faire que si un fonctionnaire international est toujours en activité et qu'il remplit les conditions d'éligibilité énoncées dans le Règlement intérieur de l'AMFI.

Le fonctionnaire international prend la qualité de personne assurée lorsque sa demande de couverture est acceptée par l'Organisme assureur, selon les modalités fixées par ce dernier, et qu'un prêt lui est payé.

L'Organisme assureur est en droit de refuser la couverture d'assurance. Dans ce cas le prêt ne sera pas octroyé.

### 6.2 Formalités d'affiliation

Les fonctionnaires internationaux, membres de La Mutuelle ou éligibles aux prêts, doivent, au moment de la soumission de leur demande de prêt :

- Remplir, de façon complète et précise, dater et signer un questionnaire sur l'état de santé.

L'Organisme assureur se réserve alors le droit demander au fonctionnaire international un complément d'information relatif à son état de santé.

Un fonctionnaire international peut être requis de justifier, à tout moment, ses déclarations en envoyant les justificatifs par courriel à l'adresse courriel suivante : [lamutuelle@vyv-ib.com](mailto:lamutuelle@vyv-ib.com).

Il est précisé que les formalités d'affiliation ci-dessus ne sont pas applicables aux prêts précédemment couverts par l'intermédiaire d'un contrat collectif de La Mutuelle.

Un questionnaire sur l'état de santé, complété par un fonctionnaire international dont la demande de prêt n'est pas finalisée ni le prêt payé, est valable trois (3) mois. Dans le cas où son état de santé évolue défavorablement dans cette période et que les réponses faites initialement sur le questionnaire sur l'état de santé nécessitent une mise à jour, il/elle doit en informer immédiatement l'Organisme assureur via La Mutuelle et ce au plus tard avant le paiement du prêt.

## 7- Modification des conditions de prêt

Un membre qui bénéficie d'un prêt auprès de La Mutuelle et qui souhaite obtenir un nouveau prêt devra compléter un nouveau questionnaire sur l'état de santé lequel sera

soumis aux dispositions de la présente notice d'information.

Dans le cas où un membre ne touche plus qu'un salaire à mi-traitement ou pas de salaire et qu'il ne rembourse pas son prêt ou ne le rembourse que partiellement, en cas de sinistre toutes sommes (amortissements et intérêts) impayées pendant cette période seront à sa charge.

Dans le cas où un membre souhaite bénéficier, à ses frais, d'une assurance pour couvrir la perte de gains causée par un salaire à mi-traitement il peut soumettre une demande à La Mutuelle.

Un membre peut demander à La Mutuelle une prolongation ou une réduction de la durée d'un prêt sans que cela affecte la couverture d'assurance et sans avoir à compléter un nouveau questionnaire sur l'état de santé.

## 8- Date d'effet des prestations

La couverture d'assurance entre en vigueur pour chaque membre aux dates définies à l'article 2.2.

## 9- Cessation des prestations

Une fois admis dans l'assurance un membre ne peut en être exclu tant qu'il/elle remplit les conditions pour en bénéficier.

La couverture d'assurance prend fin dans les cas suivants :

- Pour chaque membre individuellement :
  - en cas de non-paiement des primes par La Mutuelle,
  - en cas de réticence ou de fausse déclaration telles que décrites sous l'article 4.8,
  - au terme normal ou anticipé de chaque prêt contracté auprès de La Mutuelle.
- Pour la totalité des membres :
  - en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe conclu entre La Mutuelle et l'Organisme assureur.

## Section 3. Les définitions

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice d'information ont le sens mentionné ci-dessous :

**Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

**Bénéficiaire** : le Bénéficiaire de l'assurance est le membre. Cependant, en cas de sinistre, les prestations seront versées à La Mutuelle qui se chargera de rembourser la dette due par le membre. Ce dernier ne percevra en aucun

cas de versement direct de la part de l'Organisme assureur ni de La Mutuelle.

Le membre est bénéficiaire dans les limites des sommes fixées dans la présente notice d'information.

**Déléataire de gestion :** personne morale qui se voit confier, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour le compte de l'Organisme assureur, des actes de gestion (constitution des dossiers sinistres, etc...), soit La Mutuelle et VYV International Benefits.

**Force majeure :** événement imprévisible et irrésistible, qui provient de l'extérieur et qui ne peut pas être évité.

**Membre :** personne sur la tête de laquelle repose le risque assuré. Il s'agit ici du fonctionnaire international actif qui :

- respecte les conditions d'éligibilité à La Mutuelle,
- bénéficie d'un ou plusieurs prêts octroyés par La Mutuelle.

**Organisme assureur :** l'organisme qui couvre le risque garanti au titre du contrat objet de la présente notice d'information, soit MGEN, 3 Square Max Hymans, 75748 Paris Cedex 15, France, régie par le Code de la Mutualité.

**Période contractuelle d'assurance :** la période de couverture, garantie par l'Organisme assureur, débute le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et se termine au 31 décembre 2026 à minuit GMT. Elle est sujet à prolongation.

**Solde :** le solde du (des) prêt (s) ordinaire (s) et/ou au logement se compose du solde du (des) crédit(s) en capital-mensualité-intérêts-frais inclus dû à la fin du mois durant lequel le décès survient ou la prestation d'invalidité entre en vigueur.

**Sinistre :** tout événement à caractère aléatoire de nature à engager la garantie de la présente assurance Couverture de prêt.

**Souscripteur :** La Mutuelle qui signe le contrat et est seule responsable du versement de la prime.

## Section 4. Les prestations

### 10- Généralités sur les prestations

#### - Montant des prestations

Le montant des prestations, dues en cas de sinistre, est fonction du solde dû sur le (les) prêt(s) contracté(s) par le membre auprès de La Mutuelle et tel que déclaré par La Mutuelle à l'Organisme assureur.

La limite maximale de remboursement par l'Organisme assureur du (des) solde(s) dû (dus) sur le (les) prêt(s) ordinaire(s) et au logement est fixée à 250'000 CHF par

membre.

### 11- Couverture du (des) solde(s) dû (dus) sur le (les) prêt(s) ordinaire(s) et au logement en cas de décès toutes causes du membre

En cas de décès toutes causes du membre, l'Organisme assureur verse à La Mutuelle et en fonction du (des) solde(s) dû (dus) sur le (les) prêts(s) ordinaire(s) et/ou au logement, mensualité-intérêts-frais inclus.

	Montant
<b>Capital versé à La Mutuelle en cas de décès du membre</b>	<b>Le montant versé à La Mutuelle correspond au solde, mensualité-intérêts-frais inclus, sur le (les) prêt(s) à la fin du mois durant lequel le décès survient. Il est au maximum de 250'000 CHF par membre.</b>

Il est précisé que la faute grave du membre est couverte. Toutefois, l'Organisme assureur se réserve le droit de vérifier que le décès ne résulte pas d'un autre risque exclu, y compris auprès des autorités consulaires.

La mensualité et les intérêts du mois durant lequel le décès survient sont dus.

Les pièces justificatives à fournir pour que le versement des prestations puisse être effectué sont mentionnées à la Section 5.

### 12- Couverture du (des) solde(s) dû (dus) sur le (les) prêt(s) ordinaire(s) et au logement en cas d'invalidité permanente, complète ou partielle du membre

En cas d'accident ou d'une maladie provoquant une invalidité présumée permanente telle que reconnue par le Comité des pensions de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou le Régime des pensions de l'Organisation Mondiale du Commerce, l'Organisme assureur verse un montant à La Mutuelle en fonction du (des) solde(s) dû (dus) sur le (les) prêts(s) ordinaire(s) et/ou au logement, mensualité-intérêts-frais inclus.

Si le Comité des pensions de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou le Régime des Pensions de l'Organisation Mondiale du Commerce reconnaissent une invalidité permanente partielle, le montant versé sera au prorata du degré d'invalidité, en application de leurs Statuts et Règlements.

	<b>Montant</b>
<b>Capital versé à La Mutuelle en cas d'Invalidité permanente du membre</b>	<b>Le montant versé à La Mutuelle correspond au solde, mensualité-intérêts-frais inclus, sur le(s) prêt(s) à la fin du mois durant lequel une mise en invalidité est reconnue et ce au prorata du degré d'invalidité du membre si celle-ci est partielle. Il est au maximum de 250'000 CHF par membre.</b>

Il est précisé que la faute grave du membre est couverte. Toutefois, l'Organisme assureur se réserve le droit de vérifier que l'invalidité ne résulte pas d'un autre risque exclu, y compris auprès des autorités consulaires.

La mensualité et les intérêts du mois durant lequel l'invalidité survient sont dus.

Les pièces justificatives à fournir, pour que le versement des prestations puisse être effectué, sont mentionnées à la Section 5.

### 12.1 Evaluation de l'invalidité permanente

**Un membre est considéré comme étant en état d'invalidité permanente lorsqu'il souffre d'une atteinte durable à son intégrité physique ou mentale.**

La date de survenance de l'invalidité permanente ainsi que son degré sont fixées au jour de la reconnaissance de cet état par le Comité des pensions de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou le Régime des Pensions de l'Organisation Mondiale du Commerce.

## Section 5. Les justificatifs à fournir

### 13- Documents à fournir en cas de décès

Le (les) solde(s) du (des) prêts(s) ordinaire(s) et au logement est/sont versé(s) à La Mutuelle dans un délai de 30 jours après la réception des pièces justificatives et information suivants et leur validation par l'Organisme assureur, à savoir :

- le certificat de décès du membre,
- la cause du décès du membre.

L'Organisme assureur et/ou La Mutuelle se réservent le droit de demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier ainsi qu'une certification légale des documents (Apostille de La Haye). Celles-ci devront être envoyées, par le membre ou toute autre personne autorisée, à La Mutuelle à l'adresse suivante : [lamutuelle@un.org](mailto:lamutuelle@un.org).

### 14- Documents à fournir en cas d'invalidité permanente

Le (les) solde(s) du (des) prêt(s) ordinaire(s) et au logement restant(s) dû(s) est/sont versé(s) à La Mutuelle dans un délai de 30 jours après la réception de l'ensemble des pièces justificatives suivantes et leur validation par l'Organisme assureur, à savoir :

- une copie de la décision du Comité des pensions de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou du Régime des Pensions de l'Organisation Mondiale du Commerce,
- le rapport médical du médecin traitant. Pour des raisons de confidentialité médicale ce dernier doit être envoyé par le membre ou toute autre personne autorisée directement à l'Organisme assureur à l'adresse suivante : [lamutuelle@vyv-ib.com](mailto:lamutuelle@vyv-ib.com).

L'Organisme assureur et/ou La Mutuelle se réservent le droit de demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier ainsi qu'une certification légale des documents (Apostille de La Haye). Celles-ci devront être envoyées, par le membre ou toute autre personne autorisée, à l'Organisme assureur à l'adresse suivante : [lamutuelle@vyv-ib.com](mailto:lamutuelle@vyv-ib.com).

## Section 6. LES EXCLUSIONS

### 15- EXCLUSIONS

**SONT EXCLUS ET NE SONT PAS ASSURES AU TITRE DE L'ASSURANCE COUVERTURE DE PRET :**

- **LE SUICIDE DU MEMBRE SURVENU PENDANT LA PREMIERE ANNEE DE COUVERTURE DANS LE CADRE DU PRESENT CONTRAT,**
- **LES SINISTRES SURVENUS LORS DE SERVICE MILITAIRE A L'ETRANGER, DE PARTICIPATION A DES ACTIONS GUERRIERES, D'ACTES CRIMINELS OU D'ACTES DE TERRORISME.**