

Code partenaire : 75M007

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

PREMUO

N° M091

Souscrit par la CDC Mutuelle

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2017



DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat PREMIO n°M091 est souscrit par la CDC Mutuelle (ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice »), dont les mentions légales sont portées en annexe auprès de MFPrévoyance, (ci-après dénommée « l'Assureur ») – 62 rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13– RCS 507 648 053 Paris.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 4 « Base de calcul des cotisations et des prestations garanties » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 3.3 « Prise d'effet de l'adhésion au contrat » de la présente notice d'information.
5. Le contrat, objet de la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 2.1 « Objet » de garantir aux Assurés le versement d'une rente ou d'un capital dans les conditions définies aux Dispositions Communes et aux Caractéristiques Spécifiques des garanties de la présente notice d'information.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 9 « Risques exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat PREMIO (M091) est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat PREMIO (M091) s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 « Conditions d'adhésion » et 3.2 « Formalités d'adhésion » de la présente notice d'information ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat M091 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
10. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 5 « Paiement des cotisations et défaut de paiement des cotisations » de la présente notice d'information.
11. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
12. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 3.4 « Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance » de la présente notice d'information.
13. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
14. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 11 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

2. Objet du contrat et Définitions

2.1 Objet

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat collectif à adhésion obligatoire régi par le Code des assurances et est soumis à la législation française.

Il est souscrit par la CDC Mutuelle, immatriculée sous le numéro SIREN 784 301 434 et dont le siège est situé au 12, avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance, ci-après dénommé « l'Assureur ».

Il relève des branches (1) Accident, (2) Maladie et (20) Vie-Décès définies à l'article R.321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

La langue utilisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information est la langue française.

L'objet du contrat, objet de la présente notice d'information, est de garantir aux Adhérents lors de la survenance des risques prévus aux Caractéristiques Spécifiques des garanties, le versement des prestations convenues selon les modalités définies ci-après et aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties.

2.2 Définitions

L'Accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Adhérent, directement et exclusivement responsable d'une atteinte corporelle.

Sont réputés répondre à cette définition, les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.

Les événements liés à des actes médicaux ou chirurgicaux ne sont pas considérés comme accidentels, s'ils ne découlent pas directement et exclusivement de l'Accident.

L'Adhérent est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice répondant aux conditions d'adhésion définies à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information, inscrit au contrat relatif à la présente notice d'information et acquittant sa cotisation.

L'Assuré est celui sur la tête duquel repose le risque garanti.

L'Assureur est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFPrévoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance,

entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

Le Bénéficiaire est la personne qui recevra les prestations versées par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Conjoint est la personne mariée à l'Assuré, non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée par notaire. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe.

Dans le cadre du contrat relatif à la présente notice d'information, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

Le Concubin est la personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Adhérent dans le cadre d'une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

L'Enfant à charge est l'Enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, dont l'Adhérent pourvoit aux besoins et assure l'entretien, de manière effective et permanente, et qui est :

- âgé de moins de 21 ans et non salarié,
- ou
- âgé de moins de 26 ans s'il poursuit des études.

L'Enfant à naître est l'Enfant né viable dans les dix (10) mois qui suivent le décès de l'Adhérent.

L'Enfant handicapé est l'Enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, de l'Adhérent, et qui est titulaire de la carte invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles ou en ayant fait la demande et qui est dans l'impossibilité de se livrer à une activité salariée en milieu ordinaire ou non protégé du fait de son handicap.

Le Membre participant est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts.

La Mutuelle souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat relatif à la présente notice d'information au bénéfice de ses Membres participants. Il s'agit de la CDC Mutuelle, immatriculée sous le numéro SIREN 784 301 434 et dont le siège est situé au 12, avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris

Le Partenaire de PACS est la personne avec laquelle l'Adhérent a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur

annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur annuelle du traitement afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 623,23 euros à compter du 1^{er} février 2017.

Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice net majoré multiplié par la valeur du point de la Fonction Publique d'Etat à la date de calcul.

3. Adhésion au contrat

3.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information a lieu sans formalité médicale pour les candidats à l'assurance :

- âgés de moins de quarante-cinq (45) ans ;
- Membres participants de la Mutuelle souscriptrice au jour de la demande ;
- répondant aux critères pour être Membre participant de la Mutuelle souscriptrice depuis moins de trois (3) ans.

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information a lieu avec formalité médicale (questionnaire de santé) pour les candidats à l'assurance :

- âgés de moins de quarante-cinq (45) ans ;
- Membres participants de la Mutuelle souscriptrice au jour de la demande ;
- répondant aux critères pour être Membre participant de la Mutuelle souscriptrice depuis plus de trois (3) ans.

L'âge est apprécié à la date de la demande d'adhésion au contrat.

Ce questionnaire de santé est à adresser par le candidat à l'assurance, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur. La durée de validité du questionnaire de santé est de trois (3) mois à compter de la date de la signature apposée par le candidat à l'assurance.

Après examen par ce dernier, l'Assureur pourra :

- accepter la demande sans condition,
- accepter avec des restrictions de pathologie,
- refuser,
- ajourner.

Exception relative à la limite d'âge : les candidats à l'assurance peuvent adhérer au contrat relatif à la présente notice d'information au-delà de la limite d'âge de quarante-cinq (45) ans, s'ils bénéficiaient immédiatement avant d'une couverture équivalente au titre d'un ou plusieurs contrats assurés, gérés ou souscrits par la Mutuelle souscriptrice et/ou l'Assureur.

3.2 Formalités d'adhésion

Le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice répondant à la définition de l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information doit remplir un bulletin d'adhésion au contrat selon un modèle approuvé par l'Assureur, par lequel il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

Ce bulletin d'adhésion est daté et signé par le candidat à l'assurance.

Lors de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information, l'Adhérent doit régler d'avance sa première mensualité de cotisation.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet :

- le jour de l'acquisition de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, si cette date correspond au premier (1^{er}) jour d'un mois,
- le premier (1^{er}) jour du mois suivant, dans les autres cas.

Exceptions :

- Dans le cas où la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle souscriptrice est antérieure de plus de quinze (15) jours par rapport à la date de la demande, l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet au premier (1^{er}) jour du mois suivant cette demande.
- Dans le cas d'une adhésion soumise à formalité médicale, l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet au premier (1^{er}) jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur.

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation.

Sauf disposition contraire précisée dans les Caractéristiques Spécifiques des Garanties, la prise d'effet de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information vaut pour toutes les garanties souscrites précisées en annexe de la présente notice d'information.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent sont couverts au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

Le renouvellement des garanties est annuel à la date du 1^{er} janvier et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent, d'un certificat d'inscription précisant les conditions de sa garantie.

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du 1^{er} janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 3.7 « Résiliation unilatérale du contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Adhérent » et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent d'un certificat d'inscription confirmant

son inscription au contrat relatif à la présente notice d'information.

3.4 Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

* Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1^{er} du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, 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 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

L'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

* Si le contrat est vendu à distance :

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque que le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à la Mutuelle souscriptrice une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat PREMIO (M091) que j'ai signé le [Date de la demande d'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et

demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros].

Le[Date et signature] ».

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal. Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance**, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception.
- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage**, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'Adhérent reste tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

3.5 Radiation du contrat

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information cesse en cas de :

- décès de l'Adhérent, au jour du décès,
- perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité quel qu'en soit le motif (démission, radiation ou exclusion),
- non-paiement de sa cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure déterminée à l'article L.113-3 du Code des Assurances,
- défaut de couverture (l'Adhérent n'est plus couvert par aucune garantie du contrat), au jour de la prise d'effet de la fin de la couverture,
- au jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat conclu entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur.

En cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information, les prestations en cours de service à la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits, sur la base de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

3.6 Réintégration au contrat d'ancien Adhérents

Les anciens Adhérents au contrat, objet de la présente notice d'information, demandant à y adhérer de nouveau peuvent le faire au-delà de la limite d'âge de quarante-cinq (45) ans s'ils ont la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice :

- sans formalité médicale s'ils bénéficiaient immédiatement avant d'une couverture équivalente au titre d'un ou plusieurs contrats assurés, gérés ou souscrits par la Mutuelle souscriptrice et/ou l'Assureur.
- avec formalité médicale dans les autres cas.

3.7 Résiliation unilatérale du contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information de manière unilatérale, par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat.

3.8 Fausse déclaration

LES DECLARATIONS FAITES PAR LES ADHERENTS A LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE ET A L'ASSUREUR, AINSI QUE LES DECLARATIONS FAITES PAR LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE A L'ASSUREUR SERVENT DE BASE A LA COUVERTURE.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, LA GARANTIE ACCORDEE A L'ADHERENT PAR L'ASSUREUR EST NULLE EN CAS DE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE L'ADHERENT OU DE LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE TANT LORS DE L'INSCRIPTION QU'AU COURS DU CONTRAT, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE, CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES.

LES COTISATIONS ACQUITTEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS.

3.9 Notice d'information

La Mutuelle souscriptrice remet aux Adhérents la présente notice d'information, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Toute modification apportée au contrat relatif à la présente notice d'information par l'Assureur ou par la

Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances et à la réglementation spécifique du contrat.

4. Base de calcul des cotisations et des prestations garanties

4.1 Assiette des cotisations

Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement lors du renouvellement et valent pour toute l'année civile.

Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'Adhérent (activité, âge, Enfants à charge, TIB, ou tout autre facteur intervenant dans la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion, exceptée la valeur du Point de la Fonction Publique qui est celle déterminée lors du renouvellement de l'année qui précède l'adhésion.

Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge de l'Adhérent est apprécié au 1^{er} janvier de la nouvelle année de couverture ; les autres facteurs intervenant dans la détermination de l'assiette s'apprécient lors du calcul du renouvellement, exceptée la valeur du Point de la Fonction Publique qui est celle déterminée lors du renouvellement de l'année qui précède l'adhésion.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage d'un revenu.

Ce revenu est déterminé selon les modalités qui suivent et est arrondi à la centaine d'euros supérieure. Le pourcentage appliqué à ce revenu est révisable lors de chaque renouvellement de contrat.

Pour les actifs y compris à temps partiel ou en cessation progressive d'activité ou en mi-temps thérapeutique :

- le Traitement Indiciaire Brut (TIB) dans la limite du plafond P défini ci-après et en annexe si l'Adhérent est fonctionnaire,
- le salaire brut soumis à cotisations sociales dans la limite du plafond P défini ci-après et en annexe, si l'Adhérent n'est pas fonctionnaire.

Pour les Adhérents retraités :

- 75% du TIB plafonnés à la valeur P définie ci-après et en annexe, correspondant à l'indice servant au calcul de la pension, si l'Adhérent est retraité au titre de la Fonction Publique. En tout état de cause, dans le cas où les droits à pension sont calculés sur la base d'un minimum garanti par la Fonction Publique, le TIB de référence est le traitement afférent à l'indice réel de rémunération ayant servi à la comparaison avec le traitement afférent à l'indice minimum pour la détermination du montant de la pension.
- Le montant total des retraites, pensions, pensions de réversion, traitements, salaires, rentes ou avantages vieillesse déclarés à l'administration fiscale, plafonné à la valeur P définie à l'article 4.2 « Plafond de l'assiette de cotisation (valeur P) » ci-

après, si l'Adhérent n'est pas retraité au titre de la Fonction Publique. Cette assiette est indexée chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du plafond annuel de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année précédente.

Pour les Adhérents retraités exerçant une activité rémunérée :

- le TIB plafonné à la valeur P définie à l'article 4.2 « Plafond de l'assiette de cotisation » ci-après correspondant à l'indice servant au calcul de la pension.

Pour les Adhérents retraités de la Fonction publique ayant moins de 15 ans dans l'administration et repris par le régime général en tant que travailleur salarié :

- le dernier salaire brut annuel soumis à cotisations sociales plafonné à la valeur P définie à l'article 4.2 « Plafond de l'assiette de cotisation (valeur P) » ci-après.

Pour les Adhérents bénéficiaires d'un congé parental, placés en situation de chômage, admis à la retraite avec jouissance différée, en situation de congé de fin d'activité ou en cas de disponibilité :

- le TIB correspondant au dernier indice d'activité avant la prise d'effet de la situation visée, plafonné à la valeur P définie à l'article 4.2 « Plafond de l'assiette de cotisation (valeur P) » ci-après, si l'Adhérent est fonctionnaire.
- le dernier salaire brut annuel soumis à cotisations sociales avant la prise d'effet de la situation visée, plafonné à la valeur P définie à l'article 4.2 « Plafond de l'assiette de cotisation (valeur P) » ci-après, si l'Adhérent n'est pas fonctionnaire.

Pour les Adhérents fonctionnaires en situation de détachement :

- le TIB plafonné à la valeur P définie à l'article 4.2 « Plafond de l'assiette de cotisation (valeur P) » ci-après correspondant au dernier indice connu de la Mutuelle souscriptrice lors du calcul des cotisations de renouvellement. En tout état de cause, c'est ce TIB plafonné qui servira de base aux prestations assises sur l'assiette de cotisation.

Pour les veufs et veuves des Membres participants ayant acquis la qualité de Membre participant en raison du décès de leur Conjoint :

- le montant total des retraites, pensions, pensions de réversion, traitements, salaires, rentes ou avantages vieillesse déclarés à l'Administration fiscale, dans la limite d'un plafond égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente et d'un plancher fixé à 40% de ce plafond.

A défaut de communication des revenus ci-dessus, l'assiette de cotisation est égale au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente.

4.2 Plafond de l'assiette de cotisation (valeur P)

Cette valeur est indexée chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente.

Le nouveau montant est arrondi à l'euro supérieur lors de chaque indexation.

4.3 Réduction jeune

Le taux de cotisation est réduit de 50% pour les Adhérents qui ont à la fois moins de trente (30) ans au jour de l'adhésion et sont depuis moins de trois (3) ans adhérents au contrat relatif à la présente notice d'information.

4.4 Exonération de cotisation

L'Adhérent qui perçoit une rente Dépendance est exonéré du paiement de la cotisation due au titre du contrat ; objet de la présente notice d'information.

4.5 Revalorisation des garanties forfaitaires

Les montants des garanties forfaitaires sont revalorisés chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2%.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

S'agissant du capital décès prévu à l'article 13.1 « Objet de la garantie » de la présente notice d'information :

Dès la date de connaissance du décès par l'Assureur, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 13.3 « Formalités de règlement des prestations » de la présente notice d'information, le capital garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

4.6 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques, dénommées rentes aux Caractéristiques Spécifiques des garanties et en annexe, sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2%.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de

centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

5. Paiement des cotisations et défaut de paiement des cotisations

5.1 Paiement des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, payable d'avance par l'Adhérent. Cette cotisation peut être fractionnée en échéances périodiques.

Tout mois commencé est dû. Le montant de la cotisation de la première année est calculé en mois entiers *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date d'adhésion et le 31 décembre suivant.

La cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie en fonction des résultats du contrat relatif à la présente notice d'information. La cotisation est appelée à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités déterminées par celle-ci.

5.2 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat relatif à la présente notice d'information.

6. Conditions de règlement des prestations

6.1 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information, sont versées suivant le choix de la Mutuelle souscriptrice, soit directement aux Bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties ou sur ladite demande.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

6.2 Forclusion et Prescription

A PARTIR DU JOUR OU LA DECISION DE L'ASSUREUR RELATIVE A L'OUVERTURE DES DROITS A ETE NOTIFIEE A L'ASSURE, TOUTE RECLAMATION PORTANT SUR LE PRESTATIONS ACCORDEES OU REFUSEES DOIT PARVENIR A L'ASSUREUR DANS UN DELAIS DE TROIS (3) MOIS.

Toutes actions dérivant du contrat relatif à la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne

naissance conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et, en cas d'accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte d'exécution forcée ou l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit du créancier.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

7. Contrôle médical et Conciliation

L'Assureur se réserve le droit, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation, d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent, de faire pratiquer des examens médicaux ou demander toute pièce médicale justificative complémentaire quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Les contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné.

IL EST PRECISE QUE L'ADHERENT QUI NE REpond PAS AUX DEMANDES DE PIECES COMPLEMENTAIRES ET/OU QUI NE RENVOIE PAS LES FORMULAIRES DE GESTION DUMENT REMPLIS DANS LES DEUX (2) MOIS SUIVANT LA DEMANDE, VERRA SA DEMANDE SUSPENDUE.

L'ADHERENT QUI REFUSERAIT DE SE SOUMETTRE AU CONTROLE MEDICAL OU AUX EXAMENS MEDICAUX COMPLEMENTAIRES DEMANDES PERDRAIT TOUT DROIT A LA PRESTATION CONSIDEREE.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'Adhérent peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois (3) mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Adhérent et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur

l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par toute voie de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'Adhérent en faisant l'avance.

8. Secret médical

L'Assuré peut transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé et confidentiel, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13

9. Risques exclus

SONT EXCLUS DE TOUTES LES GARANTIES DU CONTRAT, OBJET DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION, ET N'ENTRAÎNE AUCUN PAIEMENT, LES SINISTRES RESULTANT :

1. **DES FAITS DE GUERRE ETRANGERE LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGERANTE, SOUS RESERVE DES CONDITIONS QUI SERAIENT DETERMINEES PAR LA LEGISLATION A INTERVENIR CONCERNANT LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE ;**
2. **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE ;**
3. **DE LA PARTICIPATION A DES PARIS, COURSES, TENTATIVES DE RECORDS, ESSAIS PREPARATOIRES OU DE RECEPTION D'UN ENGIN ;**
4. **DU RISQUE DE NAVIGATION AERIENNE, LORSQUE L'ADHERENT SE TROUVAIT A BORD D'UN APPAREIL NON MUNI D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITE OU CONDUIT PAR UN PILOTE NE POSSEDANT PAS DE BREVET VALABLE POUR L'APPAREIL UTILISE OU AYANT UNE LICENCE PERIMEE, CE PILOTE POUVANT ETRE L'ADHERENT ;**
5. **DE L'USAGE D'APPAREILS OU D'EQUIPEMENTS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT OFFICIEL (DE NAVIGABILITE OU D'UTILISATION), D'ESSAIS PREPARATOIRES OU DE RECEPTION D'UN ENGIN.**

SONT EXCLUS DES GARANTIES DECES, RENTE SURVIE SUITE A DECES, FRAIS OBSEQUES, ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT, LES DECES RESULTANT DU SUICIDE VOLONTAIRE DE L'ADHERENT SURVENANT DANS LES DOUZE (12) MOIS SUIVANT L'ADHESION AU CONTRAT

RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION.

SONT EXCLUS DES GARANTIES PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), RENTE SURVIE SUITE A PTIA, DEPENDANCE ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT LES SINISTRES RESULTANT :

1. **DE TOUTE ATTEINTE VOLONTAIRE ET CONSCIENTE PAR L'ASSURE A SON INTEGRITE PHYSIQUE ;**
2. **D'UN ACTE EFFECTUE SOUS L'EMPRISE DE L'IVRESSE SI LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST SUPERIEUR A LA LIMITE FIXEE PAR LE CODE DE LA ROUTE, DE L'UTILISATION DE DROGUES, DE STUPEFIANTS, DE TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;**
3. **DE LUTTES, DUELS, RIXES (SAUF LEGITIME DEFENSE), D'ATTENTATS OU D'AGRESSIONS AUXQUELS PARTICIPE L'ADHERENT ;**
4. **DE LA PRATIQUE DE SPORTS AERIENS, AUTOMOBILES ET MOTOCYCLISTES A TITRE PROFESSIONNEL OU AMATEUR ET DE TOUS LES AUTRES SPORTS A TITRE PROFESSIONNEL ;**
5. **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT DE GUERRES CIVILES OU ETRANGERES, D'ATTENTATS, D'ACTES DE TERRORISME, D'EMEUTES, D'INSURRECTIONS, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES DES LORS QUE L'ADHERENT Y PREND UNE PART ACTIVE, DANS UN CADRE EXTRA-PROFESSIONNEL.**

10. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par la Mutuelle souscriptrice à l'égard de ses Membres participants et de leurs Bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le contrat relatif à la présente notice d'information, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

ACPR - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

11. Renseignements – Réclamations – Médiation

Les demandes d'information, de réclamation ou de médiation sont à réaliser selon les indications

précisées en annexe de la présente notice d'information.

12. Informatique et Libertés

Les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalité la gestion du contrat relatif à la présente notice d'information et du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Assureur responsable du traitement. Ces données pourront être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Adhérent autorise l'Assureur à communiquer les informations le concernant à des sous-traitants et/ou des prestataires pour des besoins de gestion. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès de l'Assureur.

Lorsque les données personnelles le concernant sont nécessaires et ont pour finalité la prospection commerciale, l'Adhérent en autorise expressément l'utilisation en cochant la case prévue à cet effet sur son bulletin d'adhésion.

A l'inverse, l'Adhérent peut s'opposer, sans frais, à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou ses Partenaires commerciaux en ne cochant pas la case prévue sur son bulletin d'adhésion.

L'Adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition d'utilisation et d'effacement des données qui le concernent, ainsi que du droit de définir des directives au sort de ses données après son décès. Il peut exercer ces droits par un écrit signé accompagné d'une copie de sa pièce d'identité recto/verso en cours de validité comportant sa signature à :

**MFPrévoyance, Correspondant Informatique et
Libertés
62 rue Jeanne d'Arc, 75013 Paris**

Les données le concernant sont conservées pendant toute la durée de l'adhésion et cinq (5) ans après la fin de l'adhésion.

Nous informons l'Adhérent de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique "Bloctel" sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr>

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

13. Garantie Décès

13.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit aux Adhérents le versement des prestations définies ci-dessous, si leur décès survient :

- avant le 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire ;

ou

- au-delà du 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire :
 - s'il a encore un Enfant à charge tel que défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information à la date du décès ;
 - s'il a encore un Enfant handicapé à la date du décès tel que défini à l'article 2.2 « Définitions » à la date du décès.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical conformément à l'article 7 des Dispositions Communes.

L'Adhérent a le choix à l'inscription entre les deux options suivantes. A défaut de choix de l'Adhérent à la date du décès, l'option 1 est appliquée pour le versement des prestations.

Les options sont les suivantes :

▪ Option 1 :

- Un « capital décès » exprimé en pourcentage de l'assiette versé aux Bénéficiaires visés à l'article 13.2 « Bénéficiaires » ci-après ;
- Un « capital éducation » versé à chaque Enfant à charge, tel que défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, à la date du décès de l'Assuré ;
- Un « capital supplémentaire éducation » versé à chaque Enfant à charge, tel que défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, ayant eu droit au capital éducation en cas de décès du Conjoint, défini à l'article 2.2 « Définitions » précité, survenu simultanément ou dans les douze (12) mois qui suivent le décès de l'Adhérent.

▪ Option 2 :

- Un « capital décès » selon la situation de l'Adhérent (marié/PACS/concubin/célibataire/veuf) exprimé en pourcentage de l'assiette versé aux Bénéficiaires visés à l'article 13.2.1 « Bénéficiaires du capital décès » ci-après selon la situation de l'Assuré ; Le capital décès est majoré en fonction du(des) Enfant(s) à charge, tel(s) que défini(s) à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information à la date du décès de l'Adhérent.
- Un « capital éducation » versé à chaque Enfant à charge, tel que défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, à la date du décès de l'Assuré ;
- Un « capital supplémentaire éducation » versé à chaque Enfant à charge, tel que défini à l'article

2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, ayant eu droit au capital éducation en cas de décès du Conjoint, défini à l'article 2.2 « Définitions » précité, survenu simultanément ou dans les douze (12) mois qui suivent le décès de l'Adhérent.

Dans le cas de l'Enfant à naître de l'Assuré à la date du décès de ce dernier ; le « capital éducation » est versé à la naissance de l'enfant.

L'Adhérent peut modifier son choix, à sa convenance, par un écrit adressé à la Mutuelle souscriptrice.

Le montant de la garantie figure au sein de l'annexe de la présente notice d'information.

13.2 Bénéficiaires

13.2.1 Bénéficiaires du capital Décès

Pour le capital Décès les Bénéficiaires sont ceux désignés par l'Adhérent dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information (formulation générale ou particulière ci-dessous) ou la formule particulière exprimée par l'Adhérent dans le cadre du contrat 6046X de l'Assureur.

A l'inscription, l'Adhérent a le choix entre deux (2) formules :

➤ **La formule générale suivante :**

Sauf stipulation contraire, le capital Décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

« A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non séparé ou à mon Concubin,
- A défaut à mes Enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- A défaut à mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- A défaut à mes autres héritiers par parts égales entre eux ».

➤ **Toute formule particulière différente :**

À utiliser notamment lorsque l'Adhérent souhaite désigner nommément une personne comme Bénéficiaire (indiquer les nom, prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

A défaut du choix d'une formule particulière, la formule générale s'applique.

La désignation des Bénéficiaires peut être effectuée notamment par acte sous signature privée ou par acte authentique. Elle reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Sous réserve des droits propres du Bénéficiaire acceptant, l'Adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les Bénéficiaire(s).

13.2.2 Bénéficiaires du capital Education

Seuls sont concernés, les Enfants nés ou à naître tels que définis à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information.

13.2.3 Bénéficiaires du capital supplémentaire Education en cas de décès du Conjoint, du Concubin ou du Partenaire de PACS

Les Bénéficiaires sont les Enfants à charge de l'Adhérent ayant bénéficié du capital Education tels que mentionnés à l'article 13.2.2 « Bénéficiaires du capital Education » ci-dessus.

13.3 Formalités de règlement des prestations

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès de l'Adhérent,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- toute pièce justifiant la qualité d'Enfant à charge, notamment un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte d'étudiant certifiée conforme par l'intéressé, l'avis d'imposition sur le revenu,
- toutes justifications utiles de l'identité, de la qualité et de l'adresse des Bénéficiaires,
- le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information,
- et le cas échéant de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause de la PTIA.

En outre, pour bénéficier du « capital supplémentaire éducation », les pièces supplémentaires suivantes sont nécessaires :

- un acte de décès du Concubin de l'Adhérent prédécédé,
- ou un acte de décès du Conjoint ou du Partenaire de PACS de l'Adhérent prédécédé, accompagné de toute pièce justifiant le mariage ou le PACS à la date du décès,
- un certificat médical indiquant si le décès du Conjoint, du Concubin ou du Partenaire de PACS est dû ou non à une cause naturelle.

14. Garantie Perte Totale Irréversible et d'Autonomie (PTIA)

14.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un « capital PTIA » au profit de l'Assuré en situation de PTIA telle que définie à l'article 14.2 « Définition de la PTIA » ci-après, avant le 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire.

Le capital sert à couvrir les besoins en équipements de l'Assuré lui permettant d'améliorer sa mobilité et sa vie quotidienne.

Le montant de la garantie figure au sein de l'annexe de la présente notice d'information.

14.2 Définition de la PTIA

L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, s'il réunit simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre (4) actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer) :
 - s'habiller : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
 - se nourrir : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
 - se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - se déplacer : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie),
- être reconnu par le Médecin conseil de l'Assureur et répondant aux critères ci-dessus.

14.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- le justificatif IPA dûment complété ; à demander à la Mutuelle souscriptrice,
- la notification de la décision de Sécurité sociale classant l'Assuré en 3ème catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente à 100 % au titre de la réglementation des accidents de travail et maladies professionnelles,
- le bulletin d'adhésion lorsque la PTIA est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion,

- et le cas échéant de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause de la PTIA.

Le médecin conseil de l'Assureur a la possibilité de faire vérifier l'état de PTIA de l'Assuré par le médecin de son choix et/ou de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires. En cas de désaccord avec le médecin conseil, l'Assuré peut contester sa décision conformément à l'article 7 « Contrôle médical et Conciliation » de la présente notice d'information.

SOUS PEINE DE DECHEANCE, LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A LAQUELLE L'ASSURE CESSE D'ETRE COUVERT PAR CETTE GARANTIE, ET AU PLUS TARD SIX (6) MOIS APRES LES 31 DECEMBRE DE L'ANNEE DE SON 65^{ème} ANNIVERSAIRE.

15. Garantie Rente Survie

15.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente viagère au profit de l'Enfant handicapé, tel que défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, de l'Adhérent :

- en cas de décès de l'Adhérent ;
- en cas de PTIA de l'Adhérent, telle que définie à l'article 14.2 « Définition de la PTIA », survenue avant le 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire.

Le montant de la garantie figure au sein de l'annexe de la présente notice d'information.

LA PRESTATION DE RENTE SURVIE VERSEE AU TITRE DE LA PTIA EXCLUT LE VERSEMENT ULTERIEUR DE LA RENTE SURVIE AU TITRE DU DECES DE L'ADHERENT.

15.2 Modalités de règlement des prestations

15.2.1 Formalités

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat de vie de l'Enfant handicapé,
- une photocopie de la carte d'invalidité du Bénéficiaire prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles certifiée conforme par l'intéressé ou son représentant légal,
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle,

- de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information,
- le bulletin de salaire démontrant que l'Assuré était en activité lors de la survenance du risque.

En outre, en cas de décès de l'Assuré :

- un acte de décès de l'Adhérent,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

En outre, en cas de PTIA de l'Assuré :

- l'imprimé PTIA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'Adhérent attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des quatre (4) actes ordinaires de la vie tels que définis à l'article 14.2 « Définition de la PTIA » (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver). Ce certificat devra préciser la date de départ de la PTIA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- une photocopie certifiée conforme de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne par l'Adhérent ou son représentant légal,
- si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale.

EN CAS DE PTIA DE L'ADHERENT, SOUS PEINE DE DECHEANCE, LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A LAQUELLE L'ADHERENT CESSE D'ETRE COUVERT PAR CETTE GARANTIE, ET AU PLUS TARD SIX (6) MOIS APRES LE 31 DECEMBRE DE L'ANNEE DE SON 65^{ème} ANNIVERSAIRE.

15.2.2 Modalités de versement des prestations

Le droit à rente est acquis dès le lendemain du décès de l'Adhérent ou de la date reconnue par l'Assureur comme début de son IPA et ce, jusqu'au décès du Bénéficiaire.

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère, payable par quart et à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*.

Au décès du Bénéficiaire, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du Bénéficiaire au 1^{er} janvier de chaque année.

16. Garantie Rente Dépendance

16.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré en situation de dépendance telle que définie à l'article 16.2 « Reconnaissance de la dépendance » de la présente notice d'information.

Deux (2) types de rentes, qui ne peuvent pas s'additionner, peuvent être servis :

- une **rente d'hospitalisation**, si l'Assuré est hébergé soit en unité de long séjour ou de cure médicale, soit en établissement hospitalier pour personnes âgées,
- une **rente à domicile**, dans les autres cas.

Le montant de la garantie figure au sein de l'annexe de la présente notice d'information.

16.2 Reconnaissance de la dépendance

Est considéré en état de dépendance, l'Adhérent qui à la fois :

- est classé dans l'un des groupes iso- ressources 1 à 3 en application de la grille d'évaluation AGGIR mise au point et diffusée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique décrite à l'Annexe 1 du décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 publié au Journal Officiel du 21 novembre 2001,
- est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois (3) des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver) tels que définis ci-dessous,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis comme suit:

- **se laver** : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
- **s'habiller** : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
- **s'alimenter** : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
- **se déplacer** : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).

16.3 Délai de franchise

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période continue qui court à compter du lendemain de la date reconnue par le médecin conseil l'Assureur comme début de la dépendance.

Le délai de franchise est de trente (30) jours. L'indemnisation débute le 31^{ème} jour.

16.4 Formalités et Règlement des prestations

16.4.1 Formalités

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Adhérent, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- en outre en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement,
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Départemental de résidence de l'Adhérent relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001,
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat,
- toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

Le médecin conseil de l'Assureur a la possibilité de faire vérifier l'état de dépendance de l'Assuré par le médecin de son choix et/ou de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires. En cas de désaccord avec le médecin conseil, l'Assuré peut contester sa décision conformément à l'article 7 « Contrôle médical et Conciliation » de la présente notice d'information.

16.4.2 Modalités de versement des prestations

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle, versée à terme échu. A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *prorata temporis*.

Lorsque le Bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, sa rente est suspendue. Si l'état de l'Adhérent justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise.

Au décès du Bénéficiaire ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé *prorata temporis*.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du Bénéficiaire au 1^{er} janvier de chaque année.

16.4.3 Modification de la situation du bénéficiaire

L'Adhérent bénéficiant de la garantie Dépendance, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative à la Mutuelle souscriptrice, tout changement concernant :

- l'évolution de son état de santé,
- la suppression de la prise en charge par la Sécurité Sociale,
- le changement du lieu de vie (domicile, unité de long séjour, unité de cure médicale, établissement hospitalier pour personnes âgées, etc.).

- le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information,
- une photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour ou une attestation du pacte civil de solidarité ou une attestation de concubinage délivrée par la mairie (ou à défaut, une attestation avec deux témoins du concubinage accompagnée d'une facture établie aux deux noms).

▪ S'il s'agit de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques :

- la facture des prestations réalisées,
- un extrait K Bis de moins de 3 mois,
- un relevé d'identité bancaire au nom de l'organisme de Pompes Funèbres.

▪ S'il s'agit de la personne physique ayant réglé les obsèques :

- la facture originale acquittée au nom de la personne physique,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de sa pièce d'identité en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son ou ses représentants,
- un relevé d'identité bancaire à son nom ou, le cas échéant, de son ou ses représentants.

17. Garantie Frais Obsèques

17.1 Objet de la garantie

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur garantit le versement d'un capital au profit de la personne qui a assumé ses frais obsèques conformément à l'article 17.2 « Bénéficiaires de la garantie » ci-après.

17.2 Bénéficiaires de la garantie

Le capital garanti est versé par l'Assureur à la personne physique ou à l'organisme de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques à hauteur des frais engagés et dans la limite du capital garanti défini dans les Conditions particulières.

En ce qui concerne le solde éventuel du capital garanti en cas de décès de l'Assuré, la désignation de Bénéficiaire(s) est régie par les stipulations de l'article 13.2.1 « Bénéficiaires du capital Décès » de la présente notice d'information.

17.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la garantie doivent être adressées à l'Assureur, accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou non,

Quant au règlement du solde éventuel de la garantie, la demande doit être accompagnée des pièces visées à l'article 13.3 « Formalités de règlement des prestations » de la présente notice d'information.

DISPOSITIONS SPECIALES

18. Exclusions de couverture en cas de suicide

Le délai d'un (1) an relatif aux exclusions en cas de suicide volontaire peut être acquis selon la garantie considérée, au titre du contrat 6046X de l'Assureur ou du contrat Rente survie 5184K de la CNP Assurances.

19. Définition de l'Enfant handicapé

Outre la définition de l'Enfant handicapé de l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, l'Enfant handicapé de l'Adhérent est celui qui réunit les conditions dudit article 2.2 « Définition » et qui est inscrit au 31 décembre 2001 au contrat Rente Survie 5184K de la CNP Assurances.



MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13