

# MUT'DEPENDANCE

## Règlement Mutualiste

### I – PRÉAMBULE

#### ARTICLE 1 – CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle Générale de Prévoyance et son règlement mutualiste.

Lorsqu'elles portent sur un même objet, les conditions particulières se substituent de plein droit aux conditions générales.

### II – CONTRAT

#### ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir à l'adhérent :

- le paiement d'une rente en cas de dépendance indemnisable au titre du présent contrat ;
- le versement d'un capital équipement en cas de dépendance indemnisable au titre du présent contrat ;
- les prestations d'assistance prévues.

#### ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Peuvent adhérer au présent contrat toutes personnes âgées de plus de 45 ans et de moins de 75 ans à la date de la demande d'adhésion et ayant leur domicile légal en France Métropolitaine.

#### ARTICLE 4 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle Générale de Prévoyance. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les adhérents.

Les personnes âgées de moins de 71 ans au moment de l'adhésion doivent remplir un questionnaire médical simplifié. Les personnes âgées de 71 ans et plus doivent se soumettre à un rapport médical rempli par un médecin.

L'adhérent ne peut conclure qu'un seul contrat Mut'Dépendance, il ne peut en aucun cas cumuler plusieurs adhésions sur cette garantie.

Dans l'hypothèse où plusieurs contrats auraient tout de même été souscrits par une seule personne pour la présente garantie, les prestations ne seront versées qu'au titre d'un seul contrat.

#### ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

##### Du contrat

Le présent contrat prend effet le premier jour du mois suivant l'acceptation du dossier médical et cesse le 31 décembre de la même année. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1er janvier, sauf résiliation par la Mutuelle par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre recommandée électronique, en respectant un préavis de 2 mois précédant la date de renouvellement (soit avant le 31 octobre).

Ou par l'adhérent dans les mêmes conditions de forme que celles visées à l'article 5 « Démission » Chapitre 1 « Dispositions Générales », au moins deux mois avant cette date.

En cas de certificat médical défavorable, la mutuelle considère le contrat nul et n'ayant jamais eu effet.

Toutefois, la Mutuelle ne peut mettre fin à l'adhésion que :

- en cas de fausse déclaration intentionnelle faite à l'adhésion
- en cas de non-paiement des cotisations pendant les cinq premières années de l'adhésion.

##### De la garantie

La garantie prend effet dès la fin du délai d'attente et au plus tôt le lendemain de l'acceptation du dossier médical pour cause accidentelle.

#### ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

Tout changement doit être signalé à la Mutuelle : état civil, domicile, désignation du (ou des) bénéficiaire(s).

L'adhérent peut demander une modification du montant des garanties principales définies aux conditions particulières. La demande de modification doit être adressée à la Mutuelle Générale de Prévoyance, par lettre recommandée avant le 1er octobre de l'exercice en cours. La modification prend effet au 1er janvier suivant sous réserve du paiement de la cotisation.

Si l'adhérent opte pour un montant inférieur des prestations, les cotisations déjà payées ne seront pas remboursées, même partiellement. La diminution de cotisation sera proportionnelle à la diminution de garantie. Un maintien partiel des garanties sera accordé, dans les conditions définies, sur le montant correspondant à la diminution des cotisations.

Si l'adhérent opte pour un montant supérieur des garanties, il doit se soumettre à de nouvelles formalités médicales définies dans le présent contrat et être accepté par la Mutuelle.

La cotisation applicable à la fraction de garantie supplémentaire sera celle correspondant à l'âge atteint et au tarif en vigueur pour une nouvelle adhésion à la date d'effet de l'augmentation.

### III – FONCTIONNEMENT

#### ARTICLE 7 – COTISATION

Les garanties sont accordées moyennant le paiement par l'adhérent d'une cotisation annuelle, payable d'avance par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal et pouvant être payée de manière semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Les barèmes sont définis aux conditions particulières.

Le montant de la cotisation est calculé en fonction de l'étendue et du niveau des garanties choisies ainsi que de l'âge à l'adhésion, obtenu par différence de millésime entre l'année de demande d'adhésion et l'année de naissance de l'adhérent. Si un couple adhère simultanément au présent contrat, la cotisation du plus jeune des deux adhérents sera minorée de 20 % Toutefois, si l'adhésion du plus âgé des deux adhérents devait être résiliée pendant les trois premières années de son existence, la minoration serait supprimée. La minoration ne serait pas supprimée si l'adhésion du plus âgé des deux adhérents prenait fin suite à son décès.

À l'égard de la Mutuelle Générale de Prévoyance, l'adhérent est seul tenu au paiement de la cotisation.

##### Montant des cotisations

La cotisation est fixée, en fonction de l'âge de l'adhérent à l'adhésion.

Souscription obligatoire à Mut' Dépendance Assistance : 0,91 euros par mois

##### Défaut de paiement des cotisations

La cotisation doit être acquittée dans les 10 jours suivant son échéance. À défaut de paiement de la cotisation due par l'adhérent à la Mutuelle Générale de Prévoyance, une lettre recommandée valant mise en demeure sera adressée à l'adhérent ou à son représentant légal. La Mutuelle pourra alors résilier le contrat si cette lettre n'est pas suivie d'effet dans un délai de trente jours. La cotisation doit être acquittée dans les 10 jours suivant son échéance. À défaut de paiement de la cotisation due par l'adhérent à la Mutuelle Générale de Prévoyance, une lettre recommandée valant mise en demeure sera adressée à l'adhérent ou à son représentant légal. La Mutuelle pourra alors suspendre le contrat si cette lettre n'est pas suivie d'effet dans un délai de trente jours, et résilier le contrat s'il n'y a pas régularisation de la cotisation dans un délai de 10 jours supplémentaires au délai précédent sauf dans le cas du maintien partiel des garanties prévu à l'article 8.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

##### Suspension du versement des cotisations

L'adhérent peut cesser le versement des cotisations à chaque premier janvier au moyen d'une lettre recommandée, deux mois au moins avant cette date.

La fin du versement des cotisations par l'adhérent entraîne la résiliation de l'adhésion si moins de cinq années de cotisations ont été versées.

En cas de résiliation de l'adhésion, les cotisations versées ne sont pas remboursées.

#### ARTICLE 8 – MAINTIEN PARTIEL DES GARANTIES

En cas d'arrêt du paiement des cotisations, l'adhérent pourra bénéficier d'un maintien partiel des garanties s'il a versé au moins 5 années de cotisations à la date d'arrêt du paiement. Le niveau de la nouvelle rente sera obtenu en multipliant la rente de base précédemment assurée par le coefficient de maintien, déterminé en fonction du tableau ci-dessous.

Ce maintien partiel des garanties s'applique uniquement à la garantie principale.

Durée de paiement des cotisations	Coefficient de maintien
5 ans	16%
6 ans	19%
7 ans	22%
8 ans	25%
9 ans	28%
10 ans	30%
11 ans	32%
12 ans	34%
13 ans	36%
14 ans	38%
15 ans	40%
16 ans	42%
17 ans	44%
18 ans	46%
19 ans	48%
20 ans	50%
21 ans	52%
22 ans	54%
23 ans	56%
24 ans	58%

25 ans	60%
26 ans	62%
27 ans	64%
28 ans	66%
29 ans	68%
30 ans	70%

#### ARTICLE 9 – PRESTATIONS

##### Bénéficiaires :

La Mutuelle Générale de Prévoyance verse les prestations à l'adhérent ou à son représentant légal.

##### Définition des prestations :

La définition des niveaux de dépendance, voir en annexe, correspond aux groupes iso-ressources de grille AGGIR en vigueur. Cette définition pourrait être revue si cette grille était modifiée. Cette révision résultera de l'avis donné par une commission arbitrale indépendante de la Mutuelle et constituée de spécialistes reconnus dans le domaine de la Dépendance.

##### Garantie dépendance totale :

L'adhérent perçoit une rente mensuelle de :  
- 100 % de la rente de base en cas de dépendance relevant des groupes iso-ressources 1 et 2 de la grille AGGIR.

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de l'état de santé de l'adhérent. À tout moment, celui-ci pourra demander la révision du degré de dépendance, pour autant que des éléments d'appréciation nouveaux justifient cette démarche.

En cas de dépendance reconnue donnant lieu au versement de la rente à 100 % au titre de la garantie principale, un capital équipement égal à trois fois la rente mensuelle de base à 100% est versé.

##### Montant des prestations :

À l'adhésion, l'adhérent choisit le montant de la rente de base entre 304.90 Euros et 1 829.39 Euros par mois, par tranche de 152.49 Euros.

Les garanties souscrites et leur niveau sont indiqués aux conditions particulières.

##### Service des prestations :

La rente et la date à partir de laquelle elle est allouée sont fixées par la Mutuelle Générale de Prévoyance et communiquées à l'adhérent sur la base des éléments médicaux et de tous autres éléments objectifs en possession de la Mutuelle. L'adhérent est réputé accepter ces bases comme étant exactes, à moins qu'il - ou son représentant légal - ne notifie ses objections motivées par lettre recommandée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la réception de la notification qui lui est adressée par la Mutuelle.

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles au dernier jour du mois suivant la notification de l'interruption sans que le délai entre la suspension et l'envoi de la notification ne puisse être inférieur à 6 jours francs. L'adhérent contrôlé pourra faire procéder à ses frais à une contre-expertise.

En cas de contestation sur l'état de dépendance, celui-ci est estimé par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Générale de Prévoyance. La Mutuelle Générale de Prévoyance paie les prestations à compter de la fin du délai de franchise de 90 jours qui débute le jour où la dépendance atteint un niveau indemnisable au titre du présent contrat.

En cas de survenance d'un état de dépendance tel que garanti au contrat, l'adhérent est exonéré du paiement des cotisations à compter de la date où la dépendance atteint un niveau indemnisable.

##### Délai de carence ("stage")

Les garanties dépendances du contrat ainsi que les éventuelles augmentations de garanties sont acquises :

- immédiatement pour les cas d'accidents ;
- après un délai de carence de 3 ans, qui débute à la prise d'effet de l'adhésion, pour toute dépendance consécutive aux maladies suivantes : démence sénile invalidante, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou sclérose en plaques ;
- après un délai de carence d'un an, qui débute à la prise d'effet de l'adhésion, pour toute dépendance consécutive à une maladie ;

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Tout état de dépendance qui débute pendant le délai de carence ne donnera lieu à aucune indemnisation. Les cotisations payées, relatives à la garantie principale, seront intégralement restituées.

##### Paiement de la rente

La rente est payable mensuellement à terme échu mais à

condition que la Mutuelle Générale de Prévoyance soit en possession de tous les documents (voir Dispositions afférentes aux sinistres).

**Paiement du capital équipement**

Le capital équipement est payé à la fin de la période de franchise de 90 jours qui débute le jour où la dépendance atteint un niveau indemnisable au titre du présent contrat.

Le service des prestations cesse :

- au décès de l'adhérent ;
- si l'adhérent ne répond plus aux conditions d'attribution de la rente dépendance.

#### ARTICLE 10 – JUSTIFICATIFS À ADRESSER EN CAS DE DEMANDE D'INDEMNISATION

L'adhérent ou toute autre personne de son entourage doit envoyer à la mutuelle une déclaration écrite d'accident ou de maladie susceptible d'ouvrir le droit aux prestations prévues par le présent contrat.

La déclaration de dépendance devra comprendre :

- le formulaire "dépendance" dûment complété par l'adhérent (ou à défaut par une personne de son entourage) et par son médecin traitant ;
- une copie d'éventuels protocoles ou rapports médicaux concernant l'état de dépendance ;
- le cas échéant, toute autre pièce jugée utile par la Mutuelle permettant le versement des prestations en cas d'impossibilité de confirmation des conditions à réunir nécessaires audit versement.

Les documents médicaux doivent être remplis par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine dans un pays de l'Union Européenne.

#### ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle les états de dépendance consécutifs à :

- une affection ou un accident non déclarés à l'adhésion dont l'origine ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet du contrat,
- une tentative de suicide ou d'automutilation ;
- des faits intentionnellement causés ou provoqués par l'adhérent,
- l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrites médicalement, ou de l'abus d'alcool,
- des désordres mentaux qui ne relèvent pas d'une détérioration importante ou d'une perte significative de capacité intellectuelle établie par des tests psychotechniques,
- des blessures ou lésions provenant de guerre civile ou étrangère ou de conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atomes.

#### ARTICLE 12 – REVALORISATION ET REVISION DES COTISATIONS

##### Revalorisation

Les montants de garantie et de cotisation pourront être revalorisés chaque 1er janvier mais la revalorisation sera inférieure ou égale à l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC ARRCO dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de la Mutuelle.

Les rentes en cours de paiement pourront également être revalorisées chaque 1er janvier dans les mêmes proportions.

##### Révision de la cotisation

Les montants de cotisation des personnes déjà adhérentes pourront être révisés par la Mutuelle Générale de Prévoyance en cas d'évolution des données générales relatives au risque de dépendance ou en cas de déséquilibre des résultats techniques. Il en est de même des coefficients de maintien partiel des garanties indiqués article 8.

Si l'adhérent refuse la majoration de sa cotisation, il lui sera possible de maintenir sa cotisation au niveau antérieur. Le montant des garanties subira alors une diminution proportionnelle.

#### IV - DISPOSITIONS DIVERSES

##### ARTICLE 13 – FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 221-14 du code de la mutualité.

Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie sera sanctionnée conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du même code.

##### ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

ignoré jusque-là.

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

#### ARTICLE 15 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

##### RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives au bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance

Service réclamation

39 rue du Jourdil

74960 CRAN GEVRIER

Ou par mail à l'adresse suivante : mgp@mngprev.fr

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables,

- soit une réponse définitive,
- soit un accusé de réception si la demande nécessite une consultation du directeur de la mutuelle
- soit un accusé de réception avec une demande de pièces complémentaires.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

##### MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante

Mutuelle Générale de Prévoyance

A l'attention du médiateur UGM ENTIS

39 rue du Jourdil

74960 CRAN GEVRIER

Ou à l'adresse mail suivante : mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties en litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai de 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

#### ARTICLE 16 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude. Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de

la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr. Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

#### ARTICLE 17 – SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à ses ayants-droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place de l'adhérent assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

#### ARTICLE 18 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentielle et résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest à 75436 Paris Cedex 09.

#### ARTICLE 19 – RÉGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION D'ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlés lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents aux mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leur exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

## ANNEXES

#### Groupe iso-ressources 1

Il s'agit des personnes âgées confinées au lit ou dans un fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Dans ce groupe se trouvent, entre autres, des personnes en fin de vie.

#### Groupe iso-ressources 2

Deux sous-groupes essentiels composent le groupe 2 :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Une majorité d'entre elles n'assurent pas seules tout ou partie de l'hygiène de l'élimination, de la toilette,

de l'habillement et de l'alimentation. Ceci nécessite une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit.

- Les personnes dont les facultés mentales sont altérées, qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, ils n'effectuent que stimulés.

La conservation de leurs activités locomotrices induit une surveillance permanente des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

#### Groupe iso-ressources 3

Il s'agit essentiellement de personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

Elles ne nécessitent pas une surveillance permanente.

#### Groupe iso-ressources 4

Deux sous-groupes essentiels composent le groupe 4 :

- Les personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement et qui par ailleurs doivent être aidées ou stimulées pour la toilette, l'habillement et dont la presque totalité s'alimente seule.

- Les personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles y compris pour les repas.

Pour ces personnes, les aides de tiers sont indispensables au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part.

## ASSISTANCE MUT'DEPENDANCE

Avant de bénéficier de Mut' Dépendance Assistance, il est nécessaire :

- d'obtenir l'accord préalable d'Europ Assistance France avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de se conformer aux solutions préconisées par Europ Assistance France.

Toute dépense engagée sans l'accord d'Europ Assistance France ne donnera lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

#### 1 MISE EN OEUVRE DU SERVICE

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d' " information Dépendance » et de « recherche de maison d'accueil » accessibles du lundi au samedi de 9 heures à 19 heures.

#### 2 PRESTATIONS D'ASSISTANCE

##### 2.1 Informations Dépendance

Sur simple demande du bénéficiaire, Europ Assistance France lui communique les informations et renseignements à caractère documentaire qui lui permettront d'orienter ses démarches administratives, juridiques ou sociales dans le domaine de la Dépendance.

Dans tous les cas, si une réponse ne peut être apportée immédiatement, Europ Assistance France effectue les recherches nécessaires et rappelle le bénéficiaire dans les meilleurs délais.

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par L'Article 66-1 de la loi modifiée au 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, Europ Assistance France orientera le bénéficiaire vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de lui répondre.

Europ Assistance France ne pourra être tenue pour responsable des interprétations, ni de l'utilisation des informations communiquées.

##### 2.2 Adaptation du domicile

Si le bénéficiaire souhaite faire effectuer un bilan de son logement afin de faire réaliser des aménagements lui permettant de se maintenir à son domicile malgré son état de dépendance, Europ Assistance France peut missionner à son domicile un spécialiste qui va réaliser un véritable diagnostic immobilier. Ce dernier portera sur les équipements susceptibles de faciliter le maintien au domicile du bénéficiaire dépendant (installations de rampes d'accès, de poignées, élargissement de portes...).

À l'aide de ce diagnostic et en tenant compte des souhaits du bénéficiaire, le spécialiste établit un devis de référence qu'il adresse au bénéficiaire.

La rémunération (diagnostic et déplacement) du spécialiste qui établit le diagnostic est prise en charge par Europ Assistance France.

Le coût des travaux d'aménagement qui seront éventuellement réalisés suite au diagnostic est à la charge du bénéficiaire.

##### 2.3 Recherche d'une maison d'accueil

Dans le cas où le bénéficiaire ne souhaite ou ne peut rester à son domicile et qu'il préfère s'installer dans une maison d'accueil, Europ Assistance France :

- conseille le bénéficiaire sur les démarches à suivre,
- lui communique les différentes solutions possibles, l'adresse des maisons d'accueil, les caractéristiques principales de ces

établissements,

- lui transmet les informations nécessaires pour bâtir son dossier d'inscription dans l'établissement qu'il aura choisi.

#### 2.4 Assistance Déménagement

Si le bénéficiaire décide de ne pas faire effectuer des travaux d'aménagement à son domicile et qu'il préfère déménager, Europ Assistance France lui vient en aide.

#### Aide aux formalités administratives en vue d'un déménagement

À l'occasion de son déménagement, le bénéficiaire doit effectuer un certain nombre de démarches administratives, Europ Assistance France :

- répond à toutes ses questions,
- lui fait parvenir un guide regroupant les principales démarches à effectuer,
- met à sa disposition un ensemble de lettres pré-imprimées à ses noms et adresses qu'il doit renvoyer aux administrations compétentes : France Télécom, le Service des Eaux, la Sécurité Sociale, EDF-GDF, sa compagnie d'assurance.

#### Aide au déménagement

Le bénéficiaire peut contacter Europ Assistance France afin d'obtenir une aide concernant l'organisation de son déménagement.

#### Mise en relation avec des sociétés de déménagement

Europ Assistance France aide le bénéficiaire à choisir les dates de son déménagement afin de retenir la période la plus favorable et le conseille sur le déménagement lui-même (assurances à souscrire, nature des moyens mis en œuvre, définition des services, etc.).

Par ailleurs, Europ Assistance France met le bénéficiaire en relation avec une ou plusieurs Entreprises de déménagement. Modalités d'intervention de ces sociétés de déménagement :

Europ Assistance France recueille un certain nombre de renseignements au sujet du déménagement :

- les coordonnées du bénéficiaire,
- la date prévue pour le déménagement,
- les périodes où le bénéficiaire est disponible pour recevoir la ou les sociétés de déménagement qui établiront le devis.

Europ Assistance France examine avec les entreprises de déménagement leurs possibilités d'interventions ; si elles correspondent aux besoins du bénéficiaire, Europ Assistance France demande alors au bénéficiaire de prendre contact avec lesdites entreprises afin de convenir d'un rendez-vous pour l'établissement d'un devis gratuit.

Une fois que le bénéficiaire est en possession du ou des devis et qu'il a fixé son choix, il en informe Europ Assistance France qu'il aide à organiser son déménagement.

• Mise en relation avec une société de location de véhicules utilitaires

Si le bénéficiaire souhaite déménager par ses propres moyens, Europ Assistance France se charge de rechercher un véhicule utilitaire léger (de moins de 3,5 tonnes, d'un volume maximum de 25m<sup>3</sup>) afin de lui permettre d'effectuer le transfert de son mobilier.

La mise à disposition de ce véhicule utilitaire est soumise aux disponibilités locales et dispositions réglementaires ; les personnes de moins de 25 ans et ou les possesseurs d'un permis de moins de 2 ans peuvent se voir refuser la location d'un véhicule par les sociétés de location.

• Mise à disposition d'un chauffeur

Europ Assistance France peut mettre le bénéficiaire en relation avec un chauffeur qui pourra conduire le véhicule utilitaire ci-dessus désigné.

Le chauffeur est tenu de respecter la réglementation édictée par la législation du travail et, en particulier, après quatre heures de conduite, doit, en l'état actuel de la législation, observer un arrêt de trente minutes, le temps global de conduite journalière ne devant pas dépasser huit heures.

NOTA : les frais de déménagement, les frais de location, d'assurances, de péage, de carburant relatifs au véhicule utilitaire, et le salaire du chauffeur sont à la charge du bénéficiaire.

#### L'accueil personnalisé

Le bénéficiaire peut contacter Europ Assistance France pour avoir des renseignements concernant la ville, la région, la commune où il va emménager.

Les renseignements fournis faciliteront l'intégration des nouveaux arrivants et les aideront à résoudre leur problème de dépassement ; Europ Assistance France donnera des informations sur les ressources administratives, sociales, scolaires, culturelles, sportives, artistiques, etc. de la région. Les prestations « Adaptation du domicile », « Recherche d'une maison d'accueil » et « Assistance déménagement » ne sont pas cumulables.

#### 2.5 Appels de convivialité

Europ Assistance France reçoit les appels téléphoniques des bénéficiaires et dialogue avec eux.

De plus, Europ Assistance France peut appeler le bénéficiaire, à sa demande ou à celle de son entourage, à date et heure fixées par eux.

#### 2.6 Assistance psychologique

Si pendant l'année suivant l'entrée en Dépendance, le bénéficiaire souhaite une assistance psychologique, le service « Ecoute et Accueil psychologique » d'Europ Assistance France permet de contacter par téléphone les psychologues cliniciens.

Sans être une psychothérapie, l'entretien mené par des professionnels, qui garderont une écoute neutre et attentive, permettra aux bénéficiaires de se confier et de clarifier leur situation.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à leur profession et ne s'autorisent en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

En fonction de la situation et de l'attente du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être aménagé à son retour afin de rencontrer près de chez lui un psychologue diplômé d'état.

Europ Assistance France organise et prend en charge l'entretien en face à face.

#### 2.7 Organisation de services

Dans le cadre de l'organisation de services, lors de chaque demande, Europ Assistance France communique par téléphone au bénéficiaire un descriptif du service proposé ainsi que le tarif correspondant. Après accord de ce dernier, Europ Assistance France organise la mission en mettant le bénéficiaire en relation avec le prestataire avec lequel il contractera directement.

#### Livraison de courses ou de repas à domicile

À la demande du bénéficiaire, Europ Assistance France organise la livraison de courses ou de repas (déjeuner et dîner) à domicile. En ce qui concerne les repas, le bénéficiaire aura la possibilité de choisir entre plusieurs menus.

Ces prestations sont réalisées principalement dans les grandes villes françaises et en fonction des disponibilités locales.

Le coût de la livraison des courses ou des repas est à la charge du bénéficiaire.

#### Accompagnement dans les déplacements

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, Europ Assistance France organise ses déplacements à l'aide d'un accompagnateur qui véhiculera le bénéficiaire et restera à ses côtés lors de ses déplacements.

À titre d'exemple :

- rendez-vous chez le coiffeur,
- rendez-vous chez le notaire,
- déplacement à la poste ou à la banque,
- accompagnement au supermarché,
- accompagnement à la gare ou à l'aéroport.

Cette prestation est réalisée principalement dans les grandes villes françaises et en fonction des disponibilités locales.

Le coût de cette prestation est à la charge du bénéficiaire.

#### Livraison de médicaments à domicile

Si le bénéficiaire ou aucune personne de son entourage ne peut aller chercher les médicaments venant d'être prescrits par ordonnance par le médecin, Europ Assistance France charge l'un de ses prestataires de se rendre auprès du bénéficiaire afin de recueillir l'ordonnance, d'aller chercher les médicaments à la pharmacie habituelle (ou à la pharmacie de garde) proche du domicile du bénéficiaire et de les lui remettre à son domicile.

Seul le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

#### 2.8 Recherche de Personnel à Domicile

À la demande du bénéficiaire, Europ Assistance France lui communique les coordonnées de personnel à domicile dans des domaines d'activité diversifiés :

- médecin (de garde en cas d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire),
- aide-soignante,
- infirmière,
- kinésithérapeute,
- garde-malade,
- aide-ménagère,
- pédicure,
- coiffeur,
- personne de courtoisie.

Lors de chaque demande, il sera précisé par Europ Assistance France suivant le cas, le délai minimum d'intervention du prestataire.

Les honoraires de ces prestataires sont à la charge du bénéficiaire.

#### 2.9 Télé Assistance

Le dispositif de Télé Assistance proposé par Europ Assistance France permet de favoriser le maintien au domicile du bénéficiaire.

Ce service comporte trois volets :

- l'installation du dispositif à domicile et le raccordement à la centrale d'appel d'Europ Assistance France,
- la prise en charge des appels. Un opérateur spécialement formé réceptionne les appels et identifie en temps réel les données essentielles concernant le bénéficiaire (localisation, dossier médical etc.),
- l'organisation et le suivi des opérations nécessaires, compte tenu de la situation et des souhaits du bénéficiaire (convivialité, secours d'urgence).

#### Mise à disposition du matériel

Europ Assistance France met à la disposition du bénéficiaire le matériel suivant :

- un transmetteur agréé par France Télécom avec micro et haut-parleur incorporés comprenant une prise permettant le raccordement téléphonique et une prise permettant le raccordement électrique,
- une télécommande portable étanche.

#### Envoi d'un dossier personnel

Le dossier reprend un certain nombre d'informations destinées à alimenter la centrale de réception des appels :

- informations personnelles,
- comité de parrainage,
- antécédents médicaux.

#### Installation du transmetteur

À réception du dossier personnel, Europ Assistance France procède dans les 48 heures à l'installation des transmetteurs. L'installation est effectuée soit par du personnel Europ Assistance France du siège, soit par un installateur agréé par Europ Assistance France. Au moment de l'installation, des tests de mise en fonctionnement sont effectués. Par la suite, le transmetteur s'auto-testera de façon permanente et signalera à la centrale tout dysfonctionnement.

En cas de dysfonctionnement reconnu, Europ Assistance France procédera à l'échange standard du transmetteur dans un délai maximum de 48 heures.

#### La centrale de Télé Assistance

Elle fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Un personnel spécialisé réceptionne les appels qu'il s'agit d'appels dits de convivialité ou d'appels d'urgence. Dans ce deuxième cas, Europ Assistance France déclenche immédiatement les secours d'urgence afin de venir en aide au bénéficiaire.

La centrale d'Europ Assistance France est médicalisée 24 heures sur 24.

#### Conditions d'accès

Europ Assistance France prend en charge l'organisation de cette prestation, la location, l'installation et la mise en service du matériel ainsi que six mois d'abonnement.

Si le bénéficiaire souhaite conserver le dispositif de Télé Assistance au-delà de six mois, les frais mensuels d'abonnement à partir du 7ème mois seront à sa charge aux conditions tarifaires qui lui seront transmises lors de sa demande.

Dans le cas contraire, Europ Assistance France effectuera la dépose du matériel à ses frais.

Le texte ci-dessus est un résumé non contractuel des Conditions Générales complètes du service de Télé Assistance d'Europ Assistance France qui seront remises au bénéficiaire lors de sa demande d'installation ainsi qu'un dossier complet d'inscription.

Cette prestation est donc subordonnée à l'acceptation par le bénéficiaire des Conditions Générales et particulières du service de Télé Assistance d'Europ Assistance France figurant dans le dossier d'inscription.

### 3 EXCLUSIONS ET CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

#### 3.1 Exclusions

Ne peut donner lieu à intervention d'Europ Assistance France :

- Les demandes liées à un état de Dépendance constaté avant la date de prise d'effet de la présente convention ou avant l'expiration des délais de carence.
- Les demandes non liées à une Dépendance médicalement constatée ou bien que médicalement constatée n'ayant pas donné lieu à l'attestation de la Mutuelle Générale de Prévoyance.
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses de la présente Convention.
- Les états de Dépendance résultant des exclusions prévues à l'Article 9 du contrat « MutDépendance ».

#### 3.2 Circonstances exceptionnelles

Europ Assistance France ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant des cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, émeutes, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restriction à la libre circulation des personnes ou des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

### 4 CADRE JURIDIQUE

#### 4.1 Subrogation

Europ Assistance France est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du « bénéficiaire » contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

Lorsque les prestations fournies en exécution de la Convention sont couvertes en tout ou partie par une police d'assurance souscrite auprès d'une autre compagnie ou toute autre institution, Europ Assistance France est subrogée dans les droits et actions du « bénéficiaire » contre cette compagnie ou institution.

#### 4.2 Prescription

Toute action dérivant de la présente Convention est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

### DEFINITIONS

#### Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Pendant, ne sont pas considérés comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisés comme des maladies : les efforts de soulèvement, les lumbagos, les sciatiques, les éventrations, les hernies.

#### Adhèrent

Personne physique ayant fait acte d'adhésion à la garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

#### Assuré

Personne physique admise à la Mutuelle et sur la tête de laquelle repose le contrat.

#### Ayant droit

« Personne physique ou morale qui possède un droit sur le patrimoine de l'adhérent en cas de décès de ce dernier. »

OU

« Sont désignées comme ayants-droit les personnes assurées du chef de l'adhérent sur le contrat (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge) »

#### Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations liées au contrat qui lie le membre participant à la mutuelle.

#### Conditions Générales

Mode d'emploi, et règles qui régissent le contrat.

#### Conditions Particulières

Contrairement aux Conditions Générales, les Conditions Particulières sont personnelles. Elles définissent les garanties choisies.

#### Délai d'attente

Période suivant la prise d'effet du contrat pendant laquelle les garanties du contrat ne s'appliqueront pas, sauf précisions contraires stipulées dans les conditions générales.

#### Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e), non séparé de corps par un jugement définitif, non séparé de fait.

#### Concubin

Est désigné comme concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

#### Enfant à charge

Sont désignés comme enfants à charge, les enfants de l'adhérent ou les enfants qu'il a recueillis :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- s'ils sont âgés de moins de 25 ans, s'ils poursuivent des études (apprentissage y compris) ;
- Si avant leurs 21 ans, ils sont devenus titulaires de la carte d'invalidité civile et bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé
- L'enfant de l'adhérent né viable moins de 180 jours après le décès de ce dernier.

#### Partenaire lié par un PACS

Est désignée comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité.

#### Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants de l'adhérent, effectivement à la charge de l'adhérent au sens fiscal, le conjoint de l'adhérent n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.

### EXTRAIT DES DISPOSITIONS GENERALES DU REGLEMENT MUTUALISTE

#### ARTICLE 5 – DEMISSION – RADIATION – EXCLUSION

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent, si elle est signifiée au moins deux mois avant le 1<sup>er</sup> janvier.

- Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle à l'adresse suivante :  
Mutuelle Générale de Prévoyance  
39 rue du Jourdil – CRAN GEVRIER.  
CS 99050  
749992 ANNECY CEDEX 9
- Soit par email à l'adresse unique suivante : [mgp@mgprev.fr](mailto:mgp@mgprev.fr)
- Soit par dépôt directement au siège, contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Pour les adhésions à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de

l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Si l'avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou s'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction tacite.

Lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- changement de régime obligatoire,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
- d'adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire sur production d'un justificatif,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La radiation ou l'exclusion des membres participants peut également intervenir en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure prévue à l'article 7.

### ARTICLE 6 – OUVERTURE, MODIFICATION ET CESSATION DES GARANTIES

#### Date d'effet des garanties

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet du bulletin d'adhésion ou de la notification de la modification des garanties apportées par l'Assemblée Générale ou du Conseil d'Administration de la MGP.

Il peut être expressément prévu des délais de stage pour le bénéficiaire de tout ou partie des prestations. Ces délais sont fixés dans le contrat d'adhésion ou les conditions particulières.

#### Modifications des garanties

En cas de changement d'option d'un adhérent, la demande peut être prise en compte le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la signature de l'avenant.

La MGP se réserve le droit toutefois de modifier les garanties en cours d'année, en cas d'évolution de la réglementation de la Sécurité Sociale et de la modification de ses bases de remboursements, notamment, en cas de délégation donnée au Conseil d'Administration par l'Assemblée Générale de la mutuelle dans le cadre de l'article L.114-11 du Code de la Mutualité.

En cas de modification des garanties, un avenant au contrat d'adhésion est établi.