

Code Partenaire : 75M007



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE A ADHESION FACULTATIVE

MUDUO MI-01

Document contractuel

Cette notice d'information prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019 et est à conserver sans limitation de durée.

LA CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS (CDC) MUTUELLE

Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au RCS sous le numéro 784 301 434
Siège social : 12 avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris

MFPrévoyance

*Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances
Immatriculée au RCS sous le numéro 507 648 053
Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75015 Paris*

DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat MI-01 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice dont les mentions légales sont portées en annexe auprès de MFPrévoyance, Assureur, dont le siège social se situe – 4, place Raoul Dautry - 75015 Paris - 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) – 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré et du montant de la garantie choisie selon indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions prévues à l'article 3.8 « Cotisations ».
4. L'adhésion au contrat 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 3.1.3 de la présente notice d'information « Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat ».
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné aux articles 2.1 « Objet », 4.1 « Objet et montant de la garantie » et 5.1 « Objet et montant de la garantie », de garantir aux Assurés lors de la survenance du risque, le versement d'un capital décès ou d'une rente.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 3.15 de la présente notice d'information « risques exclus ».
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat MI-01 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 MI-01 s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1.1 « Conditions d'admission et formalités médicales » et 3.1.2 « Demande d'adhésion » de la présente notice ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 3.8 « Cotisations » de la présente notice.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent(s). 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.
11. 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 3.1.4 « Délai de renonciation et commercialisation ».
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice, l'Adhérent et l'Assuré 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.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article article 8 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice.

2. Objet du contrat et définitions

2.1 Objet

Le contrat MI-01 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par la Mutuelle (ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice ») auprès de MFPrévoyance (l'Assureur). En application des statuts de sa Mutuelle, tout membre participant peut inscrire au présent contrat son Conjoint ou la Personne assimilée, pour permettre à ce ou cette dernière d'être couvert par les garanties décrites ci-après.

Il relève de la branche 20 Vie-Décès définie 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 est la langue française.

L'objet du contrat est de garantir le versement des prestations convenues, selon les modalités définies ci-après, en cas de décès ou de dépendance du Conjoint ou Personne assimilée, du Membre participant preneur d'assurance.

2.2 Principes généraux

La garantie est individuelle et facultative.

L'Adhérent et l'Assuré ont donné préalablement leur consentement et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des garanties résumées dans la présente notice qui leur a été remise.

L'Assuré a désigné de façon incontestable le ou les Bénéficiaires de la garantie décès.

La Mutuelle informe les Adhérents et Assurés au contrat des modifications apportées à la présente notice.

2.3 Définitions

L'Adhérent est le Membre participant de la Mutuelle, preneur d'assurance, ayant l'initiative de l'inscription au contrat de son Conjoint ou Personne assimilée et acquittant sa cotisation.

L'Assuré est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. L'Assuré est le Conjoint du Membre participant ou la Personne assimilée.

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 de PARIS sous le numéro 507 648 053 et dont le siège Social : 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris au titre du présent contrat, ci-après dénommé « l'Assureur ».

L'Accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Assuré et entraînant une atteinte corporelle. Sont réputés répondre à cette définition entre autres, 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 opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'un accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

La preuve du lien de causalité, entre l'Accident et la réalisation d'un risque susceptible de mettre en jeu une prestation garantie par le contrat relatif à la présente notice d'information, incombe au Bénéficiaire.

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

Le Candidat à l'assurance est l'Assuré potentiel au présent contrat d'assurance.

Le Certificat d'adhésion est le document envoyé à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice. Il reprend notamment la liste des personnes assurées ainsi que les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

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

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 de divorce 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 présent contrat, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire et le Concubin notoire tels que définis au présent article.

Le Délégué de gestion : Personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions.

Il s'agit de : La Caisse des Dépôts et consignations (CDC) Mutuelle - Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité - Code SIREN numéro 784 301 434 - Dont le siège social est sis 12 avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris.

L'Enfant à naître est l'enfant né viable dans les 10 mois qui suivent le décès de l'Adhérent au contrat.

La Fraude à l'assurance : Lorsque l'Adhérent ou la Mutuelle souscriptrice effectue un " acte volontaire afin de tirer un profit illégitime du présent contrat d'assurance ".

Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion/souscription du présent contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

La fraude est constituée de deux éléments : un élément matériel (la communication de fausses informations à l'assureur) et un élément moral (une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle).

Le Membre participant est le membre participant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts et son règlement mutualiste.

La Mutuelle Souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Membres Participants.

Il s'agit de : La Caisse des Dépôts et consignations (CDC) Mutuelle - Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité - Code SIREN numéro 784

301 434 - Dont le siège social est sis 12 avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris.

Le Partenaire est la personne avec laquelle l'Assuré 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 Partenaire est assimilé au Conjoint.

La Personne assimilée à un conjoint de Membre participant est la personne déclarée comme telle à la Mutuelle lors de l'inscription au contrat

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents 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 à compter du 1^{er} février 2019.

Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du point, se référer au site : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/connaître-point-d'indice>

Prescription : La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'article 3.13.2 « Déclaration de sinistre et Prescription » de la présente notice.

3. Règles communes

3.1 Adhésion au contrat

3.1.1 Conditions d'admission et formalités médicales

Peuvent être admis au contrat les Conjoints des Membres participants de la Mutuelle ou les Personnes assimilées, âgés de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion au contrat.

Lorsque la demande d'inscription intervient avant le 45^{ème} anniversaire du Candidat à l'assurance, celui-ci doit remplir une déclaration d'état de santé en même temps que le bulletin d'adhésion. Si le Candidat à l'assurance ne peut répondre positivement à l'ensemble des points figurant sur la déclaration d'état de santé et la valider par sa signature, l'inscription du Candidat à l'assurance est soumise à l'accord préalable de l'Assureur qui statue au vu du questionnaire de santé complété et rempli en même temps que le bulletin d'adhésion.

Lorsque la demande d'inscription est formulée entre le 45^{ème} et le 70^{ème} anniversaire du Candidat à l'assurance, l'admission est soumise à l'accord préalable de l'Assureur qui statue au vu du questionnaire de santé complété et rempli en même temps que le bulletin d'adhésion.

L'inscription est soumise à l'acceptation du Médecin-conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le Candidat à l'assurance au questionnaire de santé et de toutes autres pièces demandées par le Médecin-conseil.

Au terme de l'examen du dossier médical du Candidat à l'assurance, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve son entrée dans l'assurance,
- accepter son entrée dans l'assurance avec des exclusions médicales,
- ajourner sa décision dans l'attente de disposer de toutes autres pièces ou formulaires complémentaires demandés par l'Assureur,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

Bénéficiaire également de ces dispositions, les Conjoints des Membres participants précédemment inscrits aux garanties décès dans les groupes 2, 4 ou 6 des contrats 0330J et 6046X, ainsi que ceux inscrits à un contrat couvrant le risque dépendance (6069X ou autre contrat) par la Mutuelle. L'inscription au présent contrat n'entraîne pas d'obligation de radiation des précédents contrats.

En cas de mutation, le Membre participant preneur d'assurance conserve son contrat dans les mêmes conditions et sans formalité médicale, s'il adhère à une mutuelle également souscriptrice au contrat.

Ce questionnaire doit être placé sous pli confidentiel et à adresser par le Candidat à l'assurance au Médecin-conseil de l'Assureur agrafé à la demande d'adhésion à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de trois (3) mois à compter de la date de signature apposée par le Candidat à l'assurance.

L'acceptation de l'Assureur par l'intermédiaire du Délégué de gestion est notifiée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion.

Le Candidat à l'assurance doit déclarer, par lettre recommandée à l'adresse de la Mutuelle souscriptrice, les circonstances aggravantes dont il a eu connaissance entre la date du questionnaire de santé et celle de la conclusion du contrat et/ou sa prise d'effet.

3.1.2 Demande d'adhésion

Le Membre participant de la Mutuelle remplit un bulletin d'adhésion au profit de son Conjoint ou de la Personne assimilée, selon un modèle approuvé par l'Assureur, par lequel il précise l'identité et l'âge du

Conjoint ou de la Personne assimilée, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice.

Cette demande d'adhésion est datée et signée conjointement par le Membre participant et la personne assurée qui donne son consentement à l'assurance.

Le bulletin d'adhésion sera accompagné de la déclaration d'état de santé ou du questionnaire de santé selon les conditions d'adhésion applicables. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle.

La preuve de la qualité de Personne assimilée peut être apportée par une déclaration de vie commune signée de l'Adhérent et l'Assuré sur le bulletin d'adhésion.

Evolution du risque après la prise d'effet du contrat

L'Adhérent et/ou l'Assuré, doit déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

L'Adhérent doit, par lettre recommandée déclarer à la Mutuelle souscriptrice, ces circonstances dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

3.1.3 Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat

L'adhésion individuelle au contrat prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande d'adhésion pour les inscriptions non soumises à formalité médicale.

Dans le cas d'une adhésion soumise à formalité médicale, l'adhésion au contrat prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur.

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérent doit régler d'avance sa première cotisation.

En cas de défaut du paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

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 3.3 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la présente notice d'information et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent au contrat d'un Certificat d'adhésion confirmant son inscription au contrat.

Les garanties choisies sont collectives et indissociables de l'appartenance à la Mutuelle souscriptrice.

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

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat de l'Adhérent sont couverts au titre du contrat.

3.1.4 Délai de renonciation et commercialisation

a. Vente en face à face et Faculté de renonciation

1) Définition

Le contrat relatif à la présente notice d'information est vendu en face à face si au moins une des étapes de la vente a lieu en face à face avec le Candidat à l'assurance.

2) Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant **un délai de trente (30) jours calendaires révolus** à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat d'adhésion.

L'Adhérent perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de rétractation.

3) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation à la Mutuelle souscriptrice, qui la transmettra à l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle de rédaction ci-après :

« Par le présent recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat MUDUO n° MI-01** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances.
Le[Date et signature] ».

4) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée avec avis de réception, l'adhésion au titre du présent contrat est résolue sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, l'adhésion étant réputée n'avoir jamais existée.

Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle procède au remboursement de la cotisation versée par l'Adhérent, dans un délai de trente (30) jours calendaires maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur majoré de moitié durant deux (2) mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au double du taux légal.

b. Vente à distance et Faculté de renonciation

1) Définition

Le contrat relatif à la présente notice d'information est vendu à distance si toutes les étapes de la vente ont eu lieu via des techniques de communication à distance, notamment vente par correspondance, par courrier, par téléphone ou par Internet sous réserve que la souscription ne rentre pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle.

Les frais liés à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent.

2) Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception **pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter :**

- ✓ du jour de la conclusion du contrat ou de la date d'effet de l'adhésion,
- ✓ du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-28 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

L'Adhérent perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de rétractation.

3) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation à la Mutuelle souscriptrice, qui la transmettra à l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle de rédaction ci-après :

« Par le présent recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat MUDUO n° MI-01** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances.
Le[Date et signature] ».

4) Effets de la renonciation

A compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception, la date du cachet de la Poste faisant foi, l'adhésion au titre du présent contrat est résiliée sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

- ✓ Si l'Adhérent exerce son droit de renonciation, l'intégralité de la cotisation est due par la Mutuelle, dans un délai de trente (30) jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception qui correspond à la date de résiliation du contrat. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.
- ✓ L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru à condition que l'Adhérent ait expressément demandé un début d'exécution et a été prévenu du coût de cette prestation en cas de renonciation.

c. Vente par démarchage et Faculté de renonciation

1) Définition

Le contrat relatif à la présente notice d'information est vendu par démarchage, si l'assurance a été proposée au domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, en vue de l'adhésion à un contrat qui n'entre pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle.

2) Délai de renonciation

Conformément à l'Article L. 132-5-1 Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception **pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus** à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il

expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

L'Adhérent perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de rétractation.

3) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation à la Mutuelle souscriptrice, qui la transmettra à l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle de rédaction ci-après :

« Par le présent recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat MUDUO n° MI-01** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances.
Le [Date et signature] ».

4) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée avec avis de réception, la date du cachet de la Poste faisant foi, la garantie prend fin sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée.

Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle procède au remboursement de la cotisation versée par l'Adhérent, dans un délai de trente (30) jours maximal à compter du jour où l'Adhérent à envoyer sa lettre de renonciation pour se rétracter. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

3.2 Radiation du contrat

L'inscription de l'Assuré au contrat ainsi que les garanties cessent en cas de :

- demande de radiation formulée par l'Adhérent preneur d'assurance, par lettre recommandée signée conjointement par l'Adhérent et l'Assuré, envoyée à la Mutuelle au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat ; dans ce cas, l'inscription cesse au jour de l'échéance annuelle du contrat ;
- décès de l'Assuré, au jour du décès ;

- perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle du preneur d'assurance, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité sauf en cas de mutation conformément à l'article 3.1.1 de la présente notice;
- non paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure décrite à l'Article L.141-3 du code des Assurances ;
- résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de la résiliation avec maintien possible d'une couverture individuelle.
- Perte de la qualité de Conjoint ou de la Personne assimilée, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- Prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, à cette date. Elle doit être réalisée dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat et doit être signée conjointement par l'Adhérent et son Conjoint ou la Personne assimilée.

3.3 Résiliation unilatérale de l'adhésion par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat avec un préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat, soit avant le 31 octobre de l'année via l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice, signée conjointement par l'Adhérent et son Conjoint ou la Personne assimilée, à charge pour la Mutuelle souscriptrice d'en informer l'Assureur.

3.4 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.

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.

L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE DE LA PART DE L'ASSURE DONT LA MAUVAISE FOI N'EST PAS ETABLIE N'ENTRAINE PAS LA NULLITE DE L'ASSURANCE.

SI ELLE EST CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, L'ASSUREUR A LE DROIT SOIT DE MAINTENIR LE CONTRAT, MOYENNANT UNE AUGMENTATION DE PRIME ACCEPTEE PAR L'ASSURE, SOIT DE RESILIER LE CONTRAT DIX JOURS APRES NOTIFICATION ADRESSEE A L'ASSURE PAR LETTRE RECOMMANDEE, EN RESTITUANT LA PORTION DE LA PRIME PAYEE POUR LE TEMPS OU L'ASSURANCE NE COURT PLUS.

DANS LE CAS OU LA CONSTATATION N'A LIEU QU'APRES UN SINISTRE, L'INDEMNITE EST REDUITE EN PROPORTION DU TAUX DES PRIMES PAYEES PAR RAPPORT AU TAUX DES PRIMES QUI AURAIENT ETE DUES, SI LES RISQUES AVAIENT ETE COMPLETEMENT ET EXACTEMENT DECLARES.

EN CAS DE SURVENANCE D'UN SINISTRE OU DE TOUTE DEMANDE D'INTERVENTION, L'ASSURE PRODUISANT SCIEMMENT DES DOCUMENTS INEXACTS OU FRAUDULEUX SERA DECHU DE SON DROIT AUX PRESTATIONS TELLES QUE DECRITES DANS LE CONTRAT, OBJET DE LA PRESENTE NOTICE.

3.5 Maintien des garanties en cas de radiation de l'Assuré du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance

Lorsque l'Adhérent preneur d'assurance demande la radiation du contrat de son Conjoint ou Personne assimilée, ce ou cette dernière peut demander le maintien au contrat aux mêmes conditions tarifaires et de garanties sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice en application des statuts de celle-ci.

Dans tous les cas, la demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice moins de douze (12) mois à compter de la date de radiation de son Conjoint ou Personne assimilée, preneur d'assurance, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture.

Le maintien des garanties à l'Assuré n'est soumis à aucune formalité médicale.

La cotisation est appelée à l'Assuré, Conjoint ou Personne assimilée, par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées à l'article 3.8 « Cotisations » de la présente notice d'information.

3.6 Maintien des garanties en cas de décès de l'Adhérent preneur d'assurance

Lors du décès de l'Adhérent preneur d'assurance, l'Assuré, Conjoint ou Personne assimilée, peut, s'il en fait la demande, être maintenu au contrat aux mêmes conditions tarifaires et de garanties, avec l'accord de la Mutuelle souscriptrice.

La demande de maintien au contrat par l'Assuré doit être formulée par écrit à la Mutuelle souscriptrice moins de douze (12) mois après le décès de l'Adhérent, preneur d'assurance.

Dans tous les cas, le maintien du présent contrat intervient à compter de la date du décès de l'Adhérent, preneur d'assurance, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture et sous réserve que l'Assuré devienne préalablement Membre participant direct ou associé de la Mutuelle souscriptrice.

Le maintien des garanties à l'Assuré n'est soumis à aucune formalité médicale.

La cotisation est appelée à l'Assuré, Conjoint ou Personne assimilée, par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées à l'article 3.8 « Cotisations » de la présente notice d'information.

3.7 Souscription à titre individuel d'un nouveau contrat après résiliation du contrat d'assurance de groupe

En cas de résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, les Membres participants justifiant d'une ancienneté d'au moins deux (2) ans dans le contrat, peuvent souscrire directement auprès de l'Assureur un contrat individuel similaire.

3.8 Cotisations

3.8.1 Montant des cotisations

Les montants des cotisations sont calculés en appliquant le barème défini à l'annexe de la présente notice.

Ce barème est indexé chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente et arrondi à la dizaine de centimes d'euros le plus proche. Les montants des cotisations sont révisables, indépendamment de leur revalorisation définie ci-dessus, lors de chaque renouvellement annuel de la garantie, en fonction des résultats du contrat.

3.8.2 Modalité de paiement des cotisations

Au choix de l'Adhérent formalisé dans le bulletin d'adhésion, la cotisation due au titre de la garantie sera prélevée annuellement, soit directement sur le

compte bancaire de l'Adhérent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal ou soit elle peut être précomptée automatiquement sur le traitement ou la pension de l'Adhérent dans les conditions déterminées par la Mutuelle souscriptrice.

En cas de maintien des garanties à l'Assuré dans les conditions prévues aux articles 3.5 « Maintien des garanties en cas de radiation de l'Assuré du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance », 3.6 « Maintien des garanties en cas de décès de l'Adhérent preneur d'assurance » et « Souscription à titre individuel d'un nouveau contrat après résiliation du contrat d'assurance de groupe » de la présente notice d'information, la cotisation due au titre des garanties sera prélevée annuellement sur le compte bancaire de l'Assuré ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal.

Tout mois commencé est dû.

Le montant de la cotisation de la première (1^{ère}) année est calculé en mois entier prorata temporis pour la période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion ou du maintien des garanties à l'Assuré dans les conditions fixées aux articles 3.5 et 3.6 susvisés et le 31 décembre suivant.

3.8.3 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent ou à l'Assuré en cas de maintien des garanties à ce dernier dans les conditions prévues aux articles 3.5 et 3.6 susvisés 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, conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des Assurances.

3.9 Revalorisation des garanties

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 2.3 ci-dessus, 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.

3.10 Revalorisation de la garantie décès en cas de décès de l'Assuré

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 4.3 de la présente notice, le capital en euros 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.

3.11 Revalorisation des rentes en cours de service

Les prestations périodiques, dénommées rentes aux Caractéristiques Spécifiques de la garantie « Dépendance », sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2.3., 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.

3.12 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre de ce contrat sont versées soit directement aux Bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties.

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

3.13 DELAI DE DECLARATION DE SINISTRE ET PRESCRIPTION

3.13.1 DELAI DE DECLARATION DE SINISTRE

A compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie du présent contrat, toute demande de prestations doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice **dans les deux (2) mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies ou à partir des demandes de pièces complémentaires et au plus tard dans les conditions définies ci-après.**

Toutefois, si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration de sinistre lui a causé un préjudice, il peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

3.13.2 PRESCRIPTION

TOUTES ACTIONS DERIVANT DU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION SONT PRESCRITES PAR DEUX (2) ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y

DONNE NAISSANCE CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 114-1 DU CODE DES ASSURANCES. TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :

1° EN CAS DE RETICENCE, OMISSION, DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OU L'ASSUREUR EN A EU CONNAISSANCE ;

2° EN CAS DE SINISTRE, QUE DU JOUR OU LES INTERESSES EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORE JUSQUE-LA. LA PRESCRIPTION EST PORTEE A DIX (10) ANS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE LORSQUE LE BENEFICIAIRE EST UNE PERSONNE DISTINCTE DE L'ADHERENT ET, DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS ATTEIGNANT LES PERSONNES, LORSQUE LES BENEFICIAIRES SONT LES AYANTS DROIT DE L'ASSURE DECEDE.

POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE, NONOBTANT LES DISPOSITIONS DU 2°, LES ACTIONS DU BENEFICIAIRE SONT PRESCRITES AU PLUS TARD TRENTE (30) ANS A COMPTER DU DECES DE L'ASSURE.

CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L 114-2 DU CODE DES ASSURANCES, LA PRESCRIPTION PEUT ETRE INTERROMPUE PAR LA CITATION EN JUSTICE, LE COMMANDEMENT, LA SAISIE, L'ACTE D'EXECUTION FORCEE OU L'ACTE DU DEBITEUR PAR LEQUEL CELUI-CI RECONNAIT LE DROIT DU CREANCIER.

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RESULTER DE LA DESIGNATION D'EXPERTS A LA SUITE D'UN SINISTRE AINSI QUE DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE OU D'UN ENVOI RECOMMANDE ELECTRONIQUE, AVEC ACCUSE DE RECEPTION, ADRESSES PAR L'ASSUREUR A L'ASSURE EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA PRIME ET PAR L'ASSURE A L'ASSUREUR EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE L'INDEMNITE.

3.14 Contrôle médical et conciliation

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Assuré et de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le Médecin-conseil de l'Assureur, l'Assuré 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'Assuré et le Médecin-conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et experts 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 voies de droit.

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

3.15 Risques exclus

SONT EXCLUS DE TOUTES LES GARANTIES DU CONTRAT ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT, LES SINISTRES RÉSULTANT :

- 1) DE FAITS DE GUERRE ÉTRANGÈRE LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGÉRANTE,**
- 2) DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DES EFFETS DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME,**
- 3) DE LA PARTICIPATION À DES PARIS, DES DÉFIS, DES COURSES, DES TENTATIVES DE RECORDS, DES COMPÉTITIONS,**
- 4) DE L'USAGE D'APPAREILS OU D'ÉQUIPEMENTS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT OFFICIEL (DE NAVIGABILITÉ OU D'UTILISATION), D'ESSAIS PRÉPARATOIRES OU DE RÉCEPTION D'UN ENGIN,**
- 5) DU RISQUE DE NAVIGATION AÉRIENNE LORSQUE L'ASSURÉ AU CONTRAT SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL CONDUIT PAR UN PILOTE NE POSSÉDANT PAS DE BREVET VALABLE POUR L'APPAREIL UTILISÉ OU AYANT UNE LICENCE PÉRIMÉE, CE PILOTE POUVANT ÊTRE L'ASSURÉ.**

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE DÉCÈS, LES DÉCÈS RÉSULTANT DU SUICIDE VOLONTAIRE DE L'ASSURÉ SURVENANT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT.

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE DÉPENDANCE, LES SINISTRES RÉSULTANT :

- 1) DE TOUTE ATTEINTE, VOLONTAIRE ET CONSCIENTE, PAR L'ASSURÉ À SON INTÉGRITÉ PHYSIQUE,**
- 2) D'UN ACTE EFFECTUÉ SOUS L'EMPRISE DE L'IVRESSE SI LE TAUX D'ALCOOLÉMIE EST SUPÉRIEUR À LA LIMITE FIXÉE PAR LE CODE DE LA ROUTE, DE L'UTILISATION DE DROGUES, DE STUPÉFIANTS, DE**

**TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS
MÉDICALEMENT,**

**3) DE LUTTES, DUELS, RIXES (SAUF EN CAS DE
LÉGITIME DÉFENSE), D'ATTENTATS OU
D'AGRESSIONS AUXQUELS PARTICIPE
L'ASSURÉ,**

**4) DE LA PRATIQUE DE SPORTS AÉRIENS,
AUTOMOBILES ET MOTOCYCLISTES À TITRE
PROFESSIONNEL OU AMATEUR ET DE TOUS LES
AUTRES SPORTS À TITRE PROFESSIONNEL,**

**5) DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT
DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES,
D'ATTENTATS, D'ACTES DE TERRORISME,
D'ÉMEUTES, D'INSURRECTIONS, QUEL QUE SOIT
LE LIEU OÙ SE DÉROULENT CES ÉVÉNEMENTS
ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES
DÈS LORS QUE L'ASSURÉ Y PREND UNE PART
ACTIVE, DANS UN CADRE EXTRA-
PROFESSIONNEL.**

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

4. Garantie Décès

4.1 Objet et montant de la garantie

En cas de décès de l'Assuré survenu avant son 65^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit le versement d'un capital décès dont le montant est précisé dans l'annexe jointe à la présente notice.

4.2 Bénéficiaires du capital décès

Les bénéficiaires sont ceux désignés par la personne assurée de manière formelle et écrite dans les conditions définies ci-après :

CLAUSE DE DESIGNATION DU (DES) BENEFICIAIRE(S) AU DECES DE L'ASSURE

Le capital en cas de décès de l'Assuré est versé à la personne désignée, dans la limite du capital garanti.

La Mutuelle souscriptrice remet à l'Assuré un document, approuvé par l'Assureur et relatif à la désignation de Bénéficiaire(s), dans lequel celui-ci désigne le(s) Bénéficiaire(s) de son choix.

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 ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge, non divorcé ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), non séparé ou à mon Concubin,
- ✓ à défaut à ses 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,
- ✓ à défaut à ses 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,
- ✓ à défaut aux autres héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément le(s) Bénéficiaire(s) de son choix dans le Formulaire de désignation de Bénéficiaire approuvé par l'Assureur.

La désignation du Bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par la Mutuelle souscriptrice, dans les plus brefs délais, à l'Assureur. Il n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsque l'acte aura été notifié par écrit à l'Assureur.

Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), l'Assuré est invité à renseigner au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du(des) Bénéficiaire(s), ainsi que les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisés par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré ainsi que le pourcentage du capital attribué à chacun d'eux.

L'Assuré doit modifier sa clause Bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du (ou des) Bénéficiaire(s). Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le Bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient Bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du Bénéficiaire et de l'Assureur. L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à l'Assureur.

Cette acceptation rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause Bénéficiaire, le rachat total de l'adhésion ou le nantissement ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause Bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du (ou des) Bénéficiaire(s).

4.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- toutes justifications utiles de l'identité, de la qualité et de l'adresse des Bénéficiaires.
- un document établissant la clause bénéficiaire lorsqu'il ne s'agit pas de la formule générale visée à l'article 4.2.

Les pièces sont à transmettre l'adresse suivante :

CDC Mutuelle
Service Prestations « MFPrévoyance »
12, avenue Pierre Mendès France 75013 Paris

4.4 Revalorisation de la garantie

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies à l'article 3.10 « Revalorisation de la garantie décès en cas de décès de l'Adhérent » de la présente notice.

5. Garantie Dépendance

5.1 Objet et montant de la garantie

5.1.1 L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré en situation de dépendance.

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

- une rente d'hospitalisation, si l'Assuré au contrat est hébergé soit en unité de long séjour ou de cure médicale, soit en établissement hospitalier pour personnes âgées ;
- une rente à domicile.

5.1.2 Reconnaissance de la dépendance

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

- est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois (3) des quatre (4) actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

Les quatre (4) actes de la vie quotidienne sont définis comme suit :

- o se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - o 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 ;
 - o s'alimenter : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
 - o 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).
- est reconnu par le Médecin-conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

5.1.3 Revalorisation de la garantie

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies aux articles 3.9 « Revalorisation des garanties » et 3.11 « Revalorisation des rentes en cours de service » de la présente notice.

5.2 Délai de carence

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

Ce délai est de :

- 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle au sens de l'article 2.3,
- 180 jours dans les autres cas.

5.3 Formalités en cas de sinistre

5.3.1 Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle accompagnées 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'Assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection, mis sous pli fermé et confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur ;
- en outre, en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement hospitalier pour personnes âgées, l'attestation d'hébergement prévue par l'Assureur ;
- le cas échéant, la décision du président du Conseil départemental de résidence de l'Assuré 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.
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

5.3.2 Le Médecin-conseil de l'Assureur aura toujours 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, tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

Les pièces sont à transmettre l'adresse suivante :

CDC Mutuelle
Service Prestations « MFPrévoyance »
12, avenue Pierre Mendes France 75013 Paris

5.4 Modalités de versement des prestations

5.4.1 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'Assuré au contrat justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de carence.

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

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

5.4.3 Modification de la situation du Bénéficiaire

L'Assuré bénéficiant de la prestation dépendance, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative tout changement concernant : l'évolution de son état de santé, la suppression de prise en charge par la Sécurité sociale, ou le changement du lieu de vie (domicile, unité de long séjour, unité de cure médicale, établissement hospitalier pour personnes âgées, etc.).

6. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs membres participants et de leurs bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de 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 Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
**Direction du contrôle des pratiques
commerciales**
75436 PARIS CEDEX 09

7. Clause Anti-corruption

L'Assureur applique une tolérance zéro à l'égard de toute forme de corruption. Sa politique de lutte contre la corruption peut être fournie sur simple demande.

La Mutuelle souscriptrice s'engage non seulement à ne participer à aucun acte de corruption, mais également de ne participer à aucune action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption. La Mutuelle souscriptrice informe immédiatement l'Assureur sur d'éventuels risques de corruption.

La Mutuelle souscriptrice veille à ne pas recevoir ou donner des cadeaux ou avantages de ou à quelque personne que ce soit dans le cadre de la présente convention.

La Mutuelle souscriptrice s'engage également à appliquer une vigilance particulière dans le cadre d'une collaboration avec des agents publics, des fonctionnaires ou des personnes politiquement exposées (PPE), ainsi que dans ses démarches de recrutement, pour toujours éviter toute apparence d'une forme de corruption.

La Mutuelle souscriptrice veille à ce que ses Délégués de gestion ou sous-traitants ou fournisseurs appliquent des règles équivalentes en matière de lutte contre la corruption.

8. Renseignements – Réclamations - Médiation

Les demandes d'information ou de réclamation sont à réaliser selon les indications précisées en annexe à la présente notice.

9. Secret médical

L'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) du contrat, objet de la présente notice doivent transmettre tout document à caractère médical, sous pli confidentiel fermé, à l'attention du Médecin-conseil de MFPrévoyance à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex