

Code partenaire : 94M004

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

PREMUO

N°M011

Souscrit par la MCF

(Mutuelle Centrale des Finances)

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2016



DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat PREMIO M011 est souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances (ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice »), dont les mentions légales sont portées en annexe de la présente notice d'information, auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») – 62 rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13– RCS 507 648 053 Paris.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 4.1 « Assiette et montant des cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information, court 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 3.4 « Prise d'effet de l'adhésion au contrat » de la présente notice d'information.
5. Le contrat, objet de la présente notice d'information, a pour objet, tel que mentionné à l'article 2.1 « Objet » et aux Caractéristiques Spécifiques des garanties de la présente notice d'information, de garantir aux Assurés le versement de prestations lorsqu'ils sont reconnus en situation de dépendance telle que définie aux Caractéristiques Spécifiques des garanties.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5. « Risques exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat PREMIO M011 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat PREMIO M011 s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 « Conditions d'adhésion au titre de la garantie Rente dépendance totale», 3.2 « Conditions d'adhésion au titre de la garantie Rente dépendance partielle» et 3.3 « Modalités de l'adhésion » de la présente notice d'information ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 4.1 « Assiette et montant des cotisations » de la présente notice d'information.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
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 3.5 « Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 9 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

2. Objet du contrat et définitions

2.1 Objet

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

Il est souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances, dont le siège est situé au 5-7, avenue de Paris - CS 40009 – 94306 VINCENNES CEDEX, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance, ci-après dénommé « l'Assureur ».

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

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

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

Le contrat, objet de la présente notice d'information a pour objet le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance, telle que définie aux Caractéristiques Spécifiques de garanties de la présente notice d'information.

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

2.2 Définitions

L'Accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure 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'accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

L'Adhérent est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice ayant adhéré au contrat relatif à la présente notice d'information, le Bénéficiaire cotisant ou son Conjoint et acquittant sa cotisation.

L'Assuré est la personne sur la tête de laquelle repose le risque assuré.
Dans le cadre du contrat ; objet de la présente notice d'information, l'Assuré est l'Adhérent.

L'Assureur est l'organisme d'assurance qui couvre le

risque garanti. Il s'agit de **MFPrévoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat objet de la présente notice.

Le Bénéficiaire est la personne qui recevra la prestation garantie par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Bénéficiaire cotisant est le Bénéficiaire cotisant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts.

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 conformément à l'article 515-8 du Code civil.

Dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information, le Concubin est assimilé au Conjoint.

Le **Conjoint** est la personne mariée à l'Assuré, non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe.

Dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de Pacte Civil de solidarité (PACS) et le Concubin tels que définis au présent article.

La Franchise est le délai défini aux articles 11.3 et 12.3 « Délai de Franchise » de la présente notice d'information

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

La Mutuelle souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat, objet de la présente notice d'information, au bénéfice de ses Membres participants.

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 conformément à l'article 515-1 du Code civil.

Dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information, le Partenaire est assimilé au Conjoint.

Le Point de la Fonction 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.

Pour information, la valeur de ce point est :

- du 1er janvier 2016 au 30 juin 2016 de 55,5635 euros ;
- du 1er juillet 2016 au 31 janvier 2017 de 55,8969 euros ;
- à compter du 1er février 2017 de 56,2323

euros.

Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du point : se référer au site : <http://vosdroits.servicepublic.fr/particuliers/F461.xhtml>

La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

La Rente est la prestation périodique allouée au Bénéficiaire après expiration du délai de Franchise.

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

On entend par **traitement indiciaire net**, le Traitement Indiciaire Brut soumis à retenue pour pension diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS, Contribution de solidarité et autres).

Le TIB annuel est donné par la formule IT X VP (IT : indice de traitement majoré de l'Assuré ; VP : valeur du point d'indice).

3. Adhésion au contrat

3.1 Conditions d'adhésion au titre de la garantie Rente dépendance totale

➤ Garantie de base

Pour le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant, non retraité :

Le candidat à l'assurance doit remplir un questionnaire de santé.

L'adhésion est conditionnée par l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à ce questionnaire.

L'adhésion devient obligatoire au jour de la prise d'effet de la retraite et au plus tard au 65^{ème} anniversaire du Membre participant ou du Bénéficiaire cotisant.

Pour le Conjoint :

Pour adhérer, trois conditions cumulatives doivent être remplies :

1. le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant doit être couvert au titre du contrat, objet de la présente notice d'information, ou en avoir fait la demande,
2. être âgé de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion,
3. le candidat à l'assurance doit remplir un questionnaire de santé. L'adhésion est conditionnée par l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à ce questionnaire.

➤ Garantie complémentaire

Pour le Membre participant, le Bénéficiaire cotisant ou le Conjoint, la souscription de cette garantie est facultative.

Pour être assuré, le candidat doit :

- être âgé de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion,
- avoir souscrit la garantie de base,
- être accepté par le médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à un questionnaire de santé.

3.2 Conditions d'adhésion au titre de la garantie Rente dépendance partielle

Pour être assuré, le candidat doit :

- avoir souscrit la garantie de base,
- être âgé de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion
- être accepté par le médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à un questionnaire de santé.

3.3 Modalités de l'adhésion

Le candidat à l'assurance doit remplir une demande d'adhésion au contrat approuvée par l'Assureur, par laquelle il donne son consentement à l'assurance, il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture.

Il reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d'information.

Cette demande est datée et signée par le candidat à l'adhésion au contrat.

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

3.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat prend effet :

- pour le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant âgé de moins de 65 ans : le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le médecin conseil de l'Assureur et au plus tard le jour du 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- pour le Conjoint : le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le médecin conseil de l'Assureur et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- pour le retraité ou le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant âgé de plus de 65 ans : le jour du départ à la retraite et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Adhérent.

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

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 3.8 « Résiliation 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 d'un certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat.

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

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

* Si le contrat est vendu par démarchage :

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

En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1^{er} du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

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

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

* Si le contrat est vendu à distance :

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

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

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

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

b) Modalités de renonciation

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

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat

PREMUO (M011) que j'ai signé le [Date de la demande d'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros].
Le[Date et signature] ».

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal

Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

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

3.6 Radiation du contrat

L'adhésion au contrat cesse au jour :

- du décès de la personne garantie,
- de la prise d'effet de la perte de qualité de Membre participant, Conjoint ou Bénéficiaire cotisant,
- du non-paiement de la cotisation, conformément à la procédure prévue à l'article L.113-3 du Code des assurances,
- de la prise d'effet de la résiliation du contrat, objet de la présente notice d'information, entre l'Assureur et la Mutuelle souscriptrice.

3.7 Fausse déclaration

LES DÉCLARATIONS FAITES PAR LES ADHÉRENTS À LA MUTUELLE ET À L'ASSUREUR, AINSI QUE LES DÉCLARATIONS FAITES PAR LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE À L'ASSUREUR SERVENT DE BASE À LA COUVERTURE.

INDÉPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITÉ, LA GARANTIE ACCORDÉE À L'ADHÉRENT PAR L'ASSUREUR EST NULLE EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE L'ADHÉRENT OU DE LA

MUTUELLE SOUSCRIPTRICE TANT LORS DE L'INSCRIPTION QU'AU COURS DU CONTRAT, QUAND CETTE RÉTICENCE OU CETTE FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURÉ A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LA RÉALISATION DU RISQUE.

LES COTISATIONS ACQUITTÉES DEMEURENT ALORS ACQUISES À L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ÉCHUES À TITRE DE DOMMAGES ET INTERÊTS.

3.8 Résiliation de son adhésion par l'Adhérent

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

3.9 Notice d'information

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

Toute modification apportée au contrat relatif à la présente notice d'information par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances et à la réglementation spécifique du contrat.

4. Cotisations

4.1 Assiette et montant des cotisations

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

Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'Adhérent s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion.

Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge est apprécié au 1^{er} janvier de la nouvelle année d'assurance ; les autres facteurs sont appréciés au 30 septembre précédant la date du renouvellement du contrat.

La cotisation de la garantie de base comporte une partie forfaitaire et une partie exprimée en pourcentage d'une assiette de cotisation.

Pour les actifs, l'assiette de cotisation correspond au Traitement indiciaire brut ou au salaire annuel brut y

compris les primes ou indemnités soumis à cotisations sociales.

Pour les retraités, l'assiette de cotisation correspond à la somme des pensions de retraite brutes.

L'assiette de cotisation déterminée selon les modalités qui précèdent, est arrondie à la centaine d'euros la plus proche.

Pour le Conjoint :

- pour la garantie de base de la Dépendance totale, la cotisation est égale à celle du Membre participant ou du Bénéficiaire cotisant auquel il est rattaché ;
- pour les autres garanties, les cotisations sont forfaitaires.

Le pourcentage du taux de cotisations et les cotisations forfaitaires sont annuels et peuvent être révisés en fonction des résultats du contrat.

La cotisation de l'Adhérent est appelée dans les conditions déterminées par la Mutuelle souscriptrice conformément à ses statuts. Elle est définie dans l'annexe. Tout mois commencé est dû.

4.2 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information 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.

4.3 Révision annuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale, de l'examen des questionnaires de santé et des résultats du contrat.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Assureur, celle-ci doit être notifiée à la Mutuelle souscriptrice trois (3) mois avant la date prévue pour le renouvellement.

5. Risques exclus

DE FACON GÉNÉRALE, L'ASSUREUR NE PREND PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

- 1. DE FAITS DE GUERRE ÉTRANGÈRE LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE**

BELLIGERANTE, SOUS RÉSERVE DES CONDITIONS QUI SERAIENT DETERMINÉES PAR LA LEGISLATION À INTERVENIR CONCERNANT LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE,

- 2. DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DES EFFETS DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME,**
- 3. DE LA PARTICIPATION À DES PARIS, DES DEFIS, DES COURSES, DES TENTATIVES DE RECCORDS, DES COMPETITIONS,**
- 4. DE L'USAGE D'APPAREILS OU D'ÉQUIPEMENT NON MUNIS D'UN CERTIFICAT OFFICIEL (DE NAVIGABILITÉ OU D'UTILISATION), D'ESSAIS PREPARATOIRES OU DE RÉCEPTION D'UN ENGIN,**
- 5. DU RISQUE DE NAVIGATION AÉRIENNE LORSQUE L'ASSURÉ SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL CONDUIT PAR UN PILOTE NE POSSEDANT PAS DE BREVET VALABLE POUR L'APPAREIL UTILISÉ OU AYANT UNE LICENCE PERIMÉE, CE PILOTE POUVANT ÊTRE L'ASSURÉ.**

EN OUTRE L'ASSUREUR NE PREND PAS EN CHARGE LA DÉPENDANCE RESULTANT :

- 1. DE TOUTE ATTEINTE, VOLONTAIRE ET CONSCIENTE, PAR L'ASSURÉ À SON INTEGRITÉ PHYSIQUE,**
- 2. D'ACTE EFFECTUÉ SOUS L'EMPRISE DE L'IVRESSE SI LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST SUPERIEUR À LA LIMITE FIXÉE PAR LE CODE DE LA ROUTE, DE L'USAGE DE DROGUES, DE STUPÉFIANTS, DE TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS MÉDICALEMENT,**
- 3. DE LUTTES, DUELS, RIXES (SAUF EN CAS DE LÉGITIME DÉFENSE), OU D'AGRESSION 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 OU 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.**

6. Mise en œuvre de la garantie

6.1 Contrôle médical et conciliation

A la demande du médecin-conseil de l'Assureur, l'Adhérent s'engage à communiquer toutes les pièces

médicales permettant d'apprécier si le sinistre s'inscrit bien dans le cadre de la garantie du contrat objet de la présente notice d'information.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer ou de faire effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information, de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires et de demander communication de toutes pièces médicales ou administratives utiles. 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'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires, dans le mois qui suit la demande, perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois (3) mois qui suivent cette décision sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, un certificat médical circonstancié justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Adhérent au contrat et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent au contrat, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins experts exerçant la médecine d'assurance 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'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information en faisant l'avance.

6.2 Secret médical

L'Assuré peut transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de MFPrévoyance :

MFPrévoyance

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

6.3 Revalorisation des rentes en cours de service

La décision de revaloriser la rente est déterminée d'un commun accord entre l'Assureur et la Mutuelle souscriptrice.

6.4 Versement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement aux Bénéficiaires sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés 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.

7. Prescription

TOUTES ACTIONS DERIVANT DU PRÉSENT CONTRAT SONT PRESCRITES PAR DEUX ANS À COMPTER DE L'ÉVÉNEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L 114-1 DU CODE DES ASSURANCES.

TOUTEFOIS, CE DÉLAI NE COURT :

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

2° EN CAS DE SINISTRE, QUE DU JOUR OU LES INTÉRESSÉS EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORÉ JUSQUE-LÀ. LA PRESCRIPTION EST PORTÉE À DIX ANS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE LORSQUE LE BÉNÉFICIAIRE EST UNE PERSONNE DISTINCTE DE L'ADHÉRENT ET, DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS ATTEIGNANT LES PERSONNES, LORSQUE LES BÉNÉFICIAIRES SONT LES AYANTS DROIT DE L'ASSURÉ DÉCÉDÉ.

POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE, NONOBTANT LES DISPOSITIONS DU 2°, LES ACTIONS DU BÉNÉFICIAIRE SONT PRESCRITES AU PLUS TARD TRENTE ANS À COMPTER DU DÉCÈS DE L'ASSURÉ.

CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L 114-2 DU CODE DES ASSURANCES, LA PRESCRIPTION PEUT ÊTRE INTERROMPUE PAR LA CITATION EN JUSTICE, LE COMMANDEMENT, LA SAISIE, L'ACTE D'EXÉCUTION FORCÉE OU L'ACTE DU DÉBITEUR PAR LEQUEL CELUI-CI RECONNAIT LE DROIT DU CRÉANCIER.

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RESULTER DE LA DÉSIGNATION D'EXPERTS À LA SUITE D'UN SINISTRE AINSI QUE DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDÉE AVEC AVIS DE RÉCEPTION ADRESSÉE PAR L'ASSUREUR À L'ASSURÉ EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA PRIME ET PAR L'ASSURÉ À L'ASSUREUR EN CE QUI CONCERNE LE RÉGLEMENT DE L'INDEMNITÉ.

8. CNIL

Les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalité la gestion du contrat et

du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Assureur responsable du traitement. Ces données pourront être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Adhérent autorise l'Assureur à communiquer les informations le concernant à des sous-traitants et/ou des prestataires pour des besoins de gestion.

L'Assureur est également susceptible de communiquer certaines informations nominatives à des réassureurs aux fins exclusives de gestion du contrat, ce que l'Adhérent autorise expressément. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès de l'Assureur.

L'Adhérent peut s'opposer, sans frais, à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou ses partenaires commerciaux.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés l'Assuré peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition au siège social de l'Assureur, en joignant à la demande la copie d'une pièce d'identité en cours de validité comportant sa signature :

MFPrévoyance

62, rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13

9. Renseignements – réclamations - médiation

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

10. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des assurances, l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par 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 Prudential et de Résolution (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

**ACPR - 61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09**

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

11. Garantie Rente Dépendance Totale

11.1 Objet et montant de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente mensuelle au profit de l'Assuré au contrat en situation de dépendance totale, telle que définie à l'article 11.2 « Définition et reconnaissance de la dépendance totale » ci-après.

Le montant de la rente servie est fonction des garanties souscrites par l'Adhérent (garantie de base et garanties complémentaires).

Il est fixé dans l'annexe jointe à la présente notice d'information.

Pour la garantie complémentaire, l'Adhérent peut demander en cours de contrat une modification du montant de la garantie, dans le cadre des montants précisés dans l'annexe.

La demande doit être notifiée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

Lorsque l'Adhérent demande une diminution de montant, la nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Lorsque l'Adhérent demande une augmentation de montant, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion garantie Rente dépendance totale » de la présente notice d'information.

La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur.

Dans le cas où la demande est refusée, la garantie continue de s'appliquer sur les anciennes bases.

11.2 Définition et reconnaissance de la dépendance totale

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

- est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 3 en application de la grille AGGIR décrite aux Annexes I et II du décret n° 97-427 du 28 avril 1997,
- est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver),
- et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date reconnue comme telle par le médecin conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies. Elle est fixée au plus tôt à la date d'entrée dans la garantie.

En tout état de cause, cette date ne peut être antérieure à la date d'effet de l'adhésion au contrat.

11.3 Délai de Franchise

La rente Dépendance Totale est versée à l'expiration d'un délai de Franchise défini comme la période continue qui court à compter du jour de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance telle qu'elle est définie à l'article 11.2 « Définition et reconnaissance de la dépendance totale » ci-dessus.

Ce délai est de :

- 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle, l'Accident étant défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information,
- 180 jours dans les autres cas.

11.4 Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de la rente Dépendance est l'Adhérent lui-même.

11.5 Formalités en cas de sinistre

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

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Adhérent au contrat, objet de la présente notice d'information, sa date de survenance et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Assureur.
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Départemental du lieu de résidence de l'Adhérent relative à l'attribution de 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, etc.),
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat.
- toute autre pièce, notamment d'ordre médical, demande ou formulaire demandé par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent et/ou de faire pratiquer les examens médicaux jugés nécessaires tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation. Les modalités de ce contrôle et la procédure de

conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 6.1 « Contrôle médical et conciliation » de la présente notice d'information.

11.6 Modalités de versement des prestations

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle à terme échu.

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

Lorsque l'Assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, sa rente est suspendue. Si l'état de l'Adhérent au contrat, objet de la présente notice d'information, justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de Franchise.

Au décès de l'Assuré ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

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

11.7 Modification de la situation du Bénéficiaire

L'Adhérent bénéficiant de la prestation Dépendance Totale, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative, tout changement concernant l'évolution de son état de santé.

12. Garantie Rente Dépendance Partielle

12.1 Objet et montant de la garantie

L'Assureur assure à l'Adhérent reconnu en état de dépendance partielle tel que défini à l'article 12.2 « Reconnaissance de la dépendance partielle » ci-après :

- le paiement de l'ensemble du dispositif d'installation du matériel de téléassistance et,
- le paiement de l'abonnement mensuel de téléassistance.

Ces sommes sont exclusivement destinées à la mise à disposition de l'Adhérent d'un service de téléassistance qui est confié au prestataire du service de téléassistance choisi par l'Assureur. Le montant de l'installation et l'abonnement mensuel sont versés directement au prestataire.

En cas de résiliation des accords de prestation de services entre le prestataire du service de téléassistance et l'Assureur, le financement du service de téléassistance est alors interrompu. L'Assureur assure alors le versement, sous forme de rente trimestrielle payée directement à l'Adhérent, de l'abonnement dans les conditions prévues à l'article 11.6 « Modalités de versement des prestations » de

la présente notice d'information.

12.2 Reconnaissance de la dépendance partielle

Est reconnu en état de dépendance partielle, l'Assuré qui à la fois :

- est classé dans le groupe iso-ressource 4 en application de la grille d'évaluation AGGIR mise au point et diffusée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique décrite à l'Annexe 1 du décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 publié au Journal Officiel du 21 novembre 2001. Ce critère est contractuel.
- Se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer, sans l'aide d'une autre personne, trois des quatre actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller.
- Et est reconnu comme répondant aux deux critères précédents par le médecin conseil de l'Assureur.

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis par deux fonctions. Pour qu'un acte de la vie quotidienne soit reconnu impossible partiellement, l'une au moins des fonctions de l'acte indiqué dans la définition ci-dessous doit être totalement et complètement impossible à effectuer par la personne seule :

Se déplacer :

1. se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir,

OU

2. aller d'une pièce à l'autre à l'intérieur du domicile. L'usage d'une aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) par la personne n'influe pas sur le jugement s'il permet à la personne de se déplacer sans aide humaine.

S'alimenter :

1. se servir, c'est à dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit, ... (mais n'incluant pas la préparation des repas),

OU

2. porter les aliments à la bouche et les avaler.

Se laver :

1. faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps,

OU

2. faire la toilette simple de toute la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

S'habiller :

1. vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps,

OU

2. vêtir et dévêtir la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date reconnue comme telle par le médecin conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies et au plus tôt à la date d'entrée dans la garantie.

En tout état de cause, cette date ne peut être antérieure à la date d'effet du contrat, soit le 1^{er} janvier 2006.

L'Adhérent bénéficiant des services de téléassistance, s'il est par la suite reconnu dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 3, peut demander à l'issue du délai de Franchise :

- à ne plus bénéficier des garanties téléassistance. Dans ce cas, il percevra la rente prévue au contrat en cas de GIR 1, 2 ou 3. Il devra alors restituer le matériel.
- à continuer à bénéficier des prestations de téléassistance. Dans ce cas, le montant de l'abonnement est déduit du montant de la rente versée au titre du GIR 1, 2 ou 3.

12.3 Délai de Franchise

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de Franchise défini comme la période continue qui court à compter du jour 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, l'Accident étant défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information
- 180 jours dans les autres cas.

12.4 Bénéficiaire

Le Bénéficiaire de la rente Dépendance est l'Adhérent lui-même.

12.5 Formalités en cas de sinistre

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

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Adhérent au contrat, objet de la présente notice d'information, sa date de survenance et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Assureur ;
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Départemental du lieu de résidence de l'Adhérent relative à l'attribution de 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, etc.) ;

- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information,
- toute autre pièce, notamment d'ordre médical, demande ou formulaire demandé par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent et/ou de faire pratiquer les examens médicaux jugés nécessaires tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 6.1 « Contrôle médical et conciliation » de la présente notice d'information.

12.6 Modalités de versement des prestations

Les dispositions de cet article ne sont applicables que lorsque l'Assuré perçoit directement la rente, c'est à dire en cas de résiliation des accords de prestation de services entre le prestataire du service de téléassistance et l'Assureur.

Le montant de l'abonnement est versé sous forme de rente trimestrielle, à terme échu.

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

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

Au décès de l'Assuré ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

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

12.7 Modification de la situation du Bénéficiaire

L'Adhérent bénéficiant de la prestation Dépendance Partielle, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative, tout changement concernant l'évolution de son état de santé.

12.8 Cessation de la garantie

Outre les cas de cessation mentionnés à l'article 3.6 « Radiation du contrat » de la présente notice d'information, la garantie cesse en cas :

- d'évolution de l'état de santé de l'Adhérent (GIR 5 ou GIR 6). Toutefois, l'Adhérent peut

demander un maintien du dispositif, il devra alors le demander auprès du prestataire du service de téléassistance et le prendre financièrement en charge,

- de résiliation du contrat de téléassistance entre le prestataire du service de téléassistance et l'Assureur, sous réserve des dispositions ci-dessus,
- de décès de l'Adhérent.

En conséquence, l'Adhérent ou ses héritiers sont tenus de restituer le matériel.



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