

# NOTICE D'INFORMATION

## DU CONTRAT PRÉMUO

# N°M023

Souscrit par la **MGAS**  
(Mutuelle Générale des Affaires Sociales)

*document contractuel*

*A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2010*

## I. Objet du contrat et principes généraux

### I.1 Objet

En application des statuts de sa Mutuelle, tout membre participant peut bénéficier lors de son inscription, des garanties collectives décrites ci-après, souscrites par sa Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur »). Les dispositions ci-dessous sont régies par le Code des Assurances.

### I.2 Principes généraux

- I.2.1 Les garanties choisies sont collectives et indissociables de l'appartenance à la Mutuelle.
- I.2.2 Les personnes 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.
- I.2.3 La Mutuelle informe les adhérents au contrat des modifications apportées à la présente notice.

### I.3 Définitions

- I.3.1 **L'adhérent** est le membre participant de la Mutuelle inscrit au contrat et acquittant sa cotisation.
- I.3.2 **L'accident** est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'adhérent et entraînant une atteinte corporelle.  
Sont réputés répondre à cette définition les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité Sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.  
Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'accident, **ne sont pas** considérés comme accidentels.
- I.3.3 **La franchise** est le délai à l'expiration duquel l'adhérent reconnu en état de dépendance ou d'incapacité temporaire totale de travail peut prétendre au versement de la prestation. Ce délai court à compter de la date de reconnaissance par l'Assureur de la dépendance ou de l'incapacité temporaire totale de travail.
- I.3.4 **Le Traitement Indiciaire Brut (TIB)** est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice net majoré multiplié par la valeur du point de la Fonction Publique d'Etat à la date de calcul.
- I.3.5 **Le Point de la Fonction Publique** est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2009 est de 55,1217 euros.
- I.3.6 **Le bénéficiaire** est la personne qui recevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

## 2. Règles communes

### 2.1 Adhésion au contrat

#### 2.1.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat s'effectue **sans formalité médicale** pour les candidats qui sont membres participants de la Mutuelle et qui sont entrés, depuis moins de cinq ans, dans la fonction publique ou salarié d'un « employeur public ». Si le membre de la Mutuelle ne répond pas aux conditions énoncées ci-dessus, une sélection médicale est effectuée.

#### 2.1.2 Demande d'adhésion

La Mutuelle fait établir par le candidat une demande d'adhésion au contrat, par laquelle il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d'information et indique les bénéficiaires du capital « décès ».

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



### 2.1.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat prend effet le jour de l'acquisition de la qualité de membre participant de la Mutuelle.

Exception :

Dans le cas d'une adhésion au contrat soumise à formalité médicale, celle-ci prend effet au premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur et par l'adhérent.

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

Sauf disposition contraire précisée dans les Dispositions Communes ou les Caractéristiques Spécifiques des garanties, la prise d'effet de l'adhésion au contrat vaut pour toutes les garanties souscrites précisées auxdites Caractéristiques Spécifiques des garanties.

**Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion au contrat de l'adhérent sont couverts au titre du contrat.**

Le renouvellement des garanties est annuel à la date du 1<sup>er</sup> janvier et donne lieu à l'envoi par la Mutuelle à chaque adhérent au contrat d'un certificat d'inscription précisant les conditions de sa garantie.

### 2.1.4 Offre spécifique des adhérents de « moins de 35 ans »

Les membres participants adhèrent, par défaut, à l'offre générale de prévoyance détaillée dans la présente notice.

Toutefois, les adhérents de moins de 35 ans ont la possibilité de choisir, l'offre spécifique « moins de 35 ans » décrite en annexe. Dans ce cas, le niveau de garantie est précisé à l'annexe précitée.

Le passage de l'offre spécifique « moins de 35 ans » à l'offre générale est automatique au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de leur 36<sup>ème</sup> anniversaire.

#### ◆ Passage de l'offre spécifique « moins de 35 ans » à l'offre générale

Lorsque l'adhérent de moins de 35 ans demande expressément à passer, avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année de son 36<sup>ème</sup> anniversaire, de l'offre spécifique « moins de 35 ans » à l'offre générale, le candidat à l'offre générale est soumis à formalité médicale du fait de l'augmentation des garanties ainsi sollicitée.

Dans ce cas, les garanties de l'offre générale prennent effet au premier jour du mois qui suit l'acceptation de la demande par l'Assureur.

**Le passage de l'offre spécifique « moins de 35 ans » à l'offre générale est alors définitif c'est-à-dire que l'adhérent ne pourra pas valablement renouveler une demande de modification de l'offre souscrite.**

En cas de refus de la demande par l'Assureur, l'adhérent demeure garanti au titre de l'offre spécifique « moins de 35 ans » et ce, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de son 36<sup>ème</sup> anniversaire, conformément au 3<sup>ème</sup> alinéa du présent article. Le passage de l'offre spécifique « moins de 35 ans » à l'offre générale est alors automatique.

#### ◆ Passage de l'offre générale à l'offre spécifique « moins de 35 ans »

Lorsque l'adhérent de moins de 35 ans demande expressément à passer de l'offre générale à l'offre spécifique « moins de 35 ans », le candidat à l'offre spécifique « moins de 35 ans » n'est soumis à aucune formalité médicale du fait de la réduction des garanties ainsi sollicitée.

Dans ce cas, les garanties de l'offre spécifique « moins de 35 ans » prennent effet au premier jour du mois qui suit la demande.

**Le passage de l'offre générale à l'offre spécifique « moins de 35 ans » est alors définitif c'est-à-dire que l'adhérent ne pourra pas valablement renouveler une demande de modification de l'offre souscrite.**

**Toutefois, conformément au troisième alinéa du présent article, le passage de l'offre spécifique « moins de 35 ans » à l'offre générale est automatique au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de leur 36<sup>ème</sup> anniversaire.**

## 2.2 Radiation du contrat

2.2.1 L'adhésion au contrat cesse en cas de :

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



2.2.2 **En outre, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent, tant lors de l'inscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.**

**Dans ce cas et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est nulle.**

**Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui ont le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

2.2.3 En cas de résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, les prestations en cours de service à la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits, au niveau du montant de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

### 2.3. Le terme des garanties

Le terme des garanties est défini aux Caractéristiques Spécifiques de chaque garantie.

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, en cas de perte de la qualité de membre participant, continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

### 2.4 Suspension des garanties

N'ouvrent plus droit au bénéfice des garanties du contrat, sauf à ce que l'adhésion de l'adhérent à la Mutuelle soit maintenue et les cotisations correspondantes versées :

- ◆ les fonctionnaires en situation de mise à disposition (auprès d'une autre administration),
- ◆ les fonctionnaires en position de détachement,
- ◆ les personnels mis en disponibilité,
- ◆ le congé sabbatique visé à l'article L.3142-91 à L.3142-99 du code du travail,
- ◆ le congé pour création d'entreprise visé à l'article L.3142-81 et suivants du code du travail,
- ◆ le congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 à L.1225-60 du code du travail,
- ◆ et tout congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail, à l'exception du congé légal de maternité et de paternité.

La suspension du versement des cotisations et du bénéfice des prestations intervient au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'un des événements cités ci-dessus.

A l'issue de la période de suspension, l'adhérent bénéficie des garanties du contrat aux conditions d'adhésion prévues au paragraphe 2.1.1.

### 2.5. Cotisations

2.5.1 Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement lors du renouvellement et valent pour toute l'année civile. Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'adhérent (activité, âge, enfants à charge, TIB, ou tout autre facteur intervenant dans la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion, exceptée la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle déterminée lors du renouvellement de l'année qui précède l'adhésion.

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

2.5.2 Les cotisations sont exprimées en pourcentage d'un revenu appelé traitement de référence, déterminé selon les modalités qui suivent et arrondi à la centaine d'euros supérieure. Ce pourcentage est annuel, il peut être révisé en fonction des résultats du contrat.

2.5.3 Les cotisations et les prestations garanties de l'année N sont calculées sur la base d'un traitement de référence défini comme suit :

#### **a) les membres participants actifs :**

Sont considérés comme des membres participants actifs, les membres participants n'ayant pas encore fait valoir, de façon effective, leurs droits à la retraite.

- S'ils sont *fonctionnaires* :

Le traitement indiciaire brut mensuel hors primes, au 30 septembre de l'année N - 1 multiplié par 12 ;



- S'ils sont *non-fonctionnaires* :

Le salaire mensuel brut servant de base au calcul de la cotisation « santé » de la Mutuelle au 30 septembre de l'année N – 1 multiplié par 12 ;

## **b) les membres participants retraités :**

Sont considérés comme des membres participants retraités, les membres participants ayant fait valoir, de façon effective, leurs droits à la retraite.

- S'ils sont *fonctionnaires* :

Le TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension.

- S'ils sont *non-fonctionnaires* :

L'assiette mensuelle servant de base au calcul de la cotisation « santé » de la Mutuelle au 30 septembre de l'année N – 1 multipliée par 12.

## **c) Cas particuliers :**

Pour les actifs en cessation progressive d'activité :

- s'ils sont *fonctionnaires* :

Le traitement indiciaire brut mensuel hors primes, au 30 septembre de l'année N - 1 multiplié par 12 ;

- s'ils sont *non-fonctionnaires* :

Le salaire mensuel brut au 30 septembre de l'année N – 1 multiplié par 12.

2.5.4 La cotisation est appelée à l'adhérent par la Mutuelle selon les modalités déterminées par celle-ci.

2.5.5 Tout mois commencé est dû.

## **2.6 Revalorisation des garanties forfaitaires**

Les montants des garanties forfaitaires sont revalorisés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini au paragraphe 1.3.5 ci-dessus, entre le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 et dans la limite de 2%.

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

## **2.7 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service**

Les montants prestations périodiques en cours de service sont revalorisés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini au paragraphe 1.3.5 ci-dessus, entre le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 et dans la limite de 2%.

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

## **2.8 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.

## **2.9 Forclusion et prescription**

2.9.1 **A défaut de délai mentionné dans les Caractéristiques Spécifiques des Garanties, les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par 2 ans, et par 10 ans pour les prestations dont le bénéficiaire n'est pas l'adhérent.**

**Ces délais courent à partir du moment où le bénéficiaire a connaissance de l'évènement donnant droit à la garantie.**

Dans le cas où le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous un régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé a atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.



**En outre, en dehors des garanties couvrant le risque de décès de l'adhérent, les demandes de prestations doivent être formulées du vivant de l'adhérent par l'adhérent lui-même ou son représentant légal.**

**Ne permettant pas l'avis du médecin conseil de l'Assureur, toute demande de prestations formulée, hormis le capital décès, après le décès de l'adhérent sera systématiquement refusée.**

2.9.2 A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée à l'intéressé, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de trois mois.

## 2.10 Contrôle médical et conciliation

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat 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'elle aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

**L'adhérent au contrat 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'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre 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 exerçant la médecine d'Assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par 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 en faisant l'avance.**

## 2.11 Risques exclus

2.11.1 **D'une façon générale, l'Assureur ne prend pas en charge les risques résultant :**

- ◆ **directement ou indirectement du fait de guerre civile ou étrangère ;**
- ◆ **directement ou indirectement d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules ;**
- ◆ **du risque de navigation aérienne, lorsque l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'adhérent ;**
- ◆ **de la participation à des paris, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin ;**
- ◆ **du fait intentionnel de l'adhérent provoquant une invalidité ;**
- ◆ **de luttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels l'adhérent prend part ;**
- ◆ **de l'état d'ivresse ou de délire alcoolique si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route et dès lors que l'adhérent est jugé responsable du sinistre en raison de son état d'ivresse ;**
- ◆ **de l'utilisation de drogues, stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;**
- ◆ **directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme et de sabotage auxquels prend part l'adhérent ;**
- ◆ **de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation.**

2.11.2 **En ce qui concerne les garanties « Capital Décès » et « Rente survie », outre les exclusions générales, l'Assureur ne prend pas en charge les décès résultant :**

- ◆ **du suicide de l'adhérent survenant dans les 12 mois suivant l'admission dans l'assurance.**



**Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

- ◆ **de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.**

2.11.3 **En ce qui concerne les garanties Invalidité Permanente et Absolue et Dépendance, outre les exclusions énumérées ci- dessus, l'Assureur ne prend pas en charge les invalidités constatées antérieurement à la prise d'effet du contrat ou à l'admission dans l'assurance, ainsi que les invalidités résultant de la pratique des sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.**

## 3. Garantie Décès

### 3.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit à l'adhérent au contrat le versement d'un capital, si son décès survient avant le 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite. Le montant du capital « décès » est précisé en annexe à la présente notice d'information.

### 3.2 Bénéficiaires du capital « décès »

Les bénéficiaires sont ceux désignés par l'adhérent.

L'assuré choisit entre l'une ou l'autre des deux formules suivantes :

- la formule générale :
  - « mon conjoint non séparé de corps par jugement, ni divorcé, à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1<sup>er</sup> degré, à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, à défaut, la Mutuelle Souscriptrice. »
- toute autre formule particulière, à utiliser notamment lorsque l'assuré souhaite désigner son concubin comme bénéficiaire.

A défaut de choix entre l'une ou l'autre des deux formules, la formule générale s'applique.

Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'assuré peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

### 3.3 Formalités en cas de sinistre

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

- ◆ un acte de décès de l'adhérent,
- ◆ un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- ◆ le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de 12 mois après l'adhésion au contrat,
- ◆ toute justification utile de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires,
- ◆ toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.



## 4. Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

### 4.1 Objet de la garantie

4.1.1 L'Assureur garantit le versement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) au profit de l'adhérent au contrat, suite à la reconnaissance de son état d'Invalidité Permanente et Absolue lorsque celui-ci survient avant le 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite.

Le montant du capital est précisé en annexe à la présente notice d'information.

L'Invalidité Permanente et Absolue est définie au paragraphe suivant.

4.1.2 Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue :

Est considéré comme atteint d'Invalidité Permanente et Absolue, l'adhérent qui est à la fois :

- ◆ dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à une activité ou à un travail, qu'il s'agisse de sa profession ou non, susceptible de lui procurer gain ou profit,
- ◆ obligé de recourir à l'assistance permanente, totale et définitive d'une autre personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette),
- ◆ consolidé ou stabilisé, c'est-à-dire dont l'état de santé est non susceptible de se modifier tant en aggravation qu'en amélioration, étant entendu que tous soins actifs sont arrêtés en dehors de ceux dont l'objectif est le maintien de l'état ou la prévention d'une aggravation. Les soins palliatifs, tels que définis à l'article 1 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (JO 5 mars 2002, codifié à l'article L1110-10 du Code de la Santé publique) n'entrent pas dans le champ d'application de la présente définition de la consolidation ou de la stabilisation.

### 4.2 Formalités en cas de sinistre

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

- ◆ l'imprimé IPA dûment complété,
- ◆ un certificat médical établi par le médecin traitant de l'adhérent au contrat attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une autre personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- ◆ une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'adhérent ou son représentant légal,
- ◆ si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale.
- ◆ le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat
- ◆ toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

4.2.2 **Sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à laquelle l'adhérent au contrat cesse d'être couvert par cette garantie.**

4.2.3 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites au paragraphe 2.10 des Dispositions Communes.

## 5. Garantie Rente Survie

### 5.1 Objet de la garantie

5.1.1 L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'enfant handicapé de l'adhérent au contrat en cas :

- ◆ de décès de l'adhérent,
- ◆ ou d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) de l'adhérent, tel que définie au paragraphe 4.1.2, lorsque celle-ci survient avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire.

Le montant de cette rente est précisé en annexe à la présente notice d'information.

**La prestation de rente survie versée au titre de l'IPA, exclut le versement ultérieur d'une deuxième rente survie au titre du décès.**



## 5.1.2 Le bénéficiaire de prestation est l'enfant handicapé de l'adhérent.

On entend par enfant handicapé de l'adhérent l'enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, et qui est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'Article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles, ou en ayant fait la demande. Dans ce dernier cas, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du bénéficiaire. En cas de décès de l'adhérent, l'enfant né handicapé mais néanmoins viable dans les 10 mois qui suivent le décès de l'adhérent au contrat est considéré comme pouvant bénéficier de la prestation.

## 5.2 Formalités en cas de sinistre

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

- ◆ un certificat de vie de l'enfant handicapé,
- ◆ une photocopie de la carte d'invalidité du bénéficiaire prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles certifiée conforme par l'intéressé ou son représentant légal,
- ◆ un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- ◆ le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat.

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

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

En outre, en cas d'Invalidité Permanente et Absolue de l'adhérent :

- ◆ l'imprimé IPA dûment complété,
- ◆ un certificat médical établi par le médecin traitant de l'adhérent au contrat attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une autre personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- ◆ une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'adhérent ou son représentant légal,
- ◆ si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité Sociale,
- ◆ toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

### 5.2.2 **En cas d'IPA de l'adhérent, sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à laquelle l'adhérent au contrat cesse d'être couvert par cette garantie.**

## 5.3 Modalités de versement des prestations

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

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère, payable par quart et à terme échu les 31 mars, 30 juin, 30 septembre, et 31 décembre de chaque année.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. Au décès du bénéficiaire, le dernier versement est calculé prorata temporis.

### 5.3.2 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites au paragraphe 2.10 des Dispositions Communes.

### 5.3.3 Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile dans les conditions définies au paragraphe 2.7.

### 5.3.4 La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du bénéficiaire au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.



## 6. Garantie Dépendance

### 6.1 Objet de la garantie

6.1.1 L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'adhérent au contrat en situation de dépendance telle que définie à l'article suivant.

Le montant de la rente servie est précisé en annexe à la notice d'information. Deux types de rentes, qui ne peuvent pas s'additionner, peuvent être servies :

- ◆ une **rente d'hospitalisation**, si l'adhérent 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**, dans les autres cas.

6.1.2 Reconnaissance de la dépendance

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),
- ◆ est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

6.1.3 L'état de dépendance est apprécié par le médecin-conseil de l'Assureur au vu du questionnaire d'évaluation de la dépendance établi par le médecin traitant de l'adhérent, complété le cas échéant, par un examen médical.

En outre, l'état de dépendance est reconnu par l'Assureur au plus tôt à la date de la demande d'ouverture des droits. L'évaluation se fait par référence à la grille nationale AGGIR visée à l'article L. 232-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment en fonction de la capacité physique de l'adhérent à réaliser les actes de la vie courante ou de sa capacité mentale à les coordonner logiquement dans le temps et dans l'espace.

Cette grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso – Ressources est la grille d'évaluation retenue pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

### 6.2 Délai de franchise

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini au paragraphe 1.3.3.

Ce délai est de :

- ◆ 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle au sens du paragraphe 1.3.2 ;
- ◆ 180 jours dans les autres cas.

### 6.3 Formalités en cas de sinistre

6.3.1 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 le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'adhérent au contrat, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur;
- ◆ en outre, en cas d'hospitalisation en long ou moyen séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement prévue par l'Assureur;
- ◆ la décision du président du Conseil Général du département 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 ou postal 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 12 mois après l'adhésion au contrat (fourni par la Mutuelle) ;
- ◆ toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.



6.3.2 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à au paragraphe 2.10 des Dispositions Communes.

## 6.4 Modalités de versement des prestations

6.4.1 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 énoncés au paragraphe 6.1.2, sa rente est suspendue. Si l'état de l'adhérent au contrat justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise.

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

6.4.2 Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile dans les conditions définies au paragraphe 2.7.

6.4.3 **La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du bénéficiaire au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.**

## 6.5 Modification de la situation de l'adhérent bénéficiaire

L'adhérent 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.).

## 6.6 Cessation du paiement de la rente dépendance

- ◆ Au décès du bénéficiaire (le dernier terme restant acquis).
- ◆ Lorsque l'intéressé ne remplit plus les conditions d'attribution de la rente, la prestation cesse d'être servie à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la date à laquelle lesdites conditions cessent d'être remplies.

# 7. Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

## 7.1 Objet de la garantie

7.1.1 L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières au profit de l'adhérent en cas d'incapacité temporaire totale de travail jusqu'à l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite s'il est en situation effective d'activité à la veille du premier jour de l'arrêt de travail.

7.1.2 L'incapacité temporaire totale de travail est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle. Elle se traduit par les conditions suivantes :

### ◆ Pour les fonctionnaires :

Est considéré comme étant en incapacité temporaire totale de travail, l'adhérent fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application du statut de la Fonction Publique ou est en disponibilité d'office au sens de l'Article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

### ◆ Pour les non fonctionnaires :

Est considéré comme étant en incapacité temporaire totale de travail, l'adhérent non fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application de son statut professionnel ou au titre de la Sécurité Sociale,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Est aussi considéré comme étant en incapacité temporaire totale de travail, l'adhérent non fonctionnaire :

- qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité Sociale :
  - soit parce que du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période



de référence, les conditions exigées par la Sécurité Sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,

- soit parce que les droits conformément aux dispositions de l'Article L323-I du Code de la Sécurité Sociale sont épuisés,
- et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

## 7.2 Montant de la prestation

Le montant des prestations garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail est précisé en annexe à la notice d'information

De ce montant sont déduites les prestations nettes servies par l'Administration, par la Sécurité Sociale, par le CGOS (Comité de Gestion des Oeuvres Sociales des établissements hospitaliers) ou par tout autre organisme de prévoyance.

### ◆ Principe indemnitaire :

En aucun cas les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature perçues de l'Administration, de la Sécurité Sociale, du CGOS (Comité de Gestion des Oeuvres Sociales des établissements hospitaliers), de la Mutuelle et de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'adhérent au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.

Par rémunération théorique, on entend le traitement qu'aurait perçu l'adhérent s'il avait continué à travailler.

## 7.3 Délai de franchise

**Les non fonctionnaires** se voient appliquer un délai de franchise défini ci-après.

L'indemnisation débute à l'issue du délai de franchise précisé en annexe à la notice d'information.

On calcule le délai de franchise en additionnant les journées, consécutives ou non, d'arrêt de travail pour maladie ou accident, survenues en cours d'assurance au titre de la présente garantie.

Dans le cas d'une rechute, le délai de franchise ne sera pas appliqué. On entend par rechute, un arrêt de travail imputable à une maladie ou à un accident ayant donné lieu à indemnisation au titre de la présente garantie et qui survient dans un délai maximum de trois mois suivant la fin de l'indemnisation précitée.

## 7.4 Formalités en cas de sinistre

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

- ◆ un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail,
- ◆ le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'incapacité de travail émanant de l'employeur ou de la Sécurité Sociale ou du Comité de Gestion des Oeuvres Sociales des établissements hospitaliers ou de tout autre organisme de prévoyance,
- ◆ l'avis d'arrêt ou de prolongation,
- ◆ un justificatif précisant les dates d'interruption de travail pour maladie ou accident indemnisés par l'employeur ou la Sécurité Sociale survenues au cours de la durée retenue pour le délai de franchise,
- ◆ une attestation sur l'honneur de l'adhérent au contrat énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de son incapacité,
- ◆ les bulletins de salaire des 12 mois précédant la période à traitement réduit,
- ◆ les bulletins de salaire pour chacun des mois durant la période à traitement réduit,
- ◆ toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

En outre en cas de rechute :

- ◆ un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

Tout arrêt de travail comportant des périodes indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur, la Sécurité Sociale, le Comité de Gestion des Oeuvres Sociales des établissements hospitaliers ou la Mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance doit impérativement être fractionné par périodes homogènes d'indemnisation.

**La demande de règlement doit parvenir dans les 3 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée de garantie restant à courir à partir de la date de réception de la demande par l'Assureur.**



7.4.2 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à au paragraphe 2.10 des Dispositions Communes.

7.4.3 Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont payables à terme échu après réception des pièces justificatives.

## 7.5 Durée de versement de la prestation

La prestation est versée tant que dure l'incapacité de travail jusqu'à la survenance de l'un des événements suivants :

- ◆ la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- ◆ jusqu'à l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite,
- ◆ l'entrée en jouissance d'une pension de retraite (pour invalidité ou autre), ou d'une pension de vieillesse ou d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- ◆ l'entrée en jouissance d'une rente d'incapacité de la Sécurité Sociale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des prestations,
- ◆ la rupture du contrat de travail pour des raisons autres que celles qui ont donné lieu à des prestations au titre du contrat.

## 7.6 Modification de la situation de bénéficiaire

Le bénéficiaire doit notifier à l'Assureur la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation au titre du contrat.

## 7.7 Exclusions

**Outre les exclusions mentionnées à l'Article 2.11 des Dispositions Communes, l'Assureur ne prend pas en charge l'incapacité temporaire totale de travail constatée antérieurement à la prise d'effet du contrat ou à l'admission dans l'assurance, ainsi que l'incapacité temporaire totale de travail résultant :**

- 1. de toute atteinte, volontaire et consciente, par le membre participant à son intégrité physique,**
- 2. de la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,**



La présente annexe s'applique conformément aux Dispositions Communes et aux Caractéristiques Spécifiques à chaque garantie définie dans la notice d'information du contrat Prémuo M023.

## Article . 1. Garanties Décès

*(Référéncée aux Caractéristiques Spécifiques à la garantie Décès )*

Montant des prestations garanties :

- o Pour les adhérents ayant choisi l'option spécifique « moins de 35 ans » et jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du 36<sup>ème</sup> anniversaire de l'adhérent :

Le montant du capital décès est égal à 70% du traitement de référence, tel que défini au paragraphe 2.5, en vigueur à la date du décès.

- o Pour les adhérents ayant choisi l'offre générale et jusqu'au 31 décembre suivant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite :

Le montant du capital décès est égal à 130% du traitement de référence, tel que défini au paragraphe 2.5, en vigueur à la date du décès.

## Article . 2. Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

*(Référéncée aux Caractéristiques Spécifiques à la garantie Invalidité Permanente et Absolue)*

- o Pour les adhérents ayant choisi l'option spécifique « moins de 35 ans » et jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de leur 36<sup>ème</sup> anniversaire :

Le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue est égal à 70 % du traitement de référence, tel que défini au paragraphe 2.5.

- o Pour les adhérents ayant choisi l'offre générale et jusqu'au 31 décembre suivant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite :

Le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue est égal à 34 021,50 € euros, mais il ne saurait être en tout état de cause inférieur à 70 % du traitement de référence, tel que défini au paragraphe 2.5.

La valeur indiquée est celle en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

## Article . 3. Garantie Rente Survie

*(Référéncée aux Caractéristiques Spécifiques à la garantie Rente Survie)*

En cas de décès ou d'Invalidité Permanente et Absolue de l'adhérent, il est versé à chaque enfant reconnu handicapé de l'adhérent, une rente de survie égale à 1 769,70 € par an. La valeur indiquée est celle en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Ce montant est revalorisé dans les conditions définies au paragraphe 2.6 des Dispositions Communes.

## Article . 4. Garantie Dépendance

*(Référéncée aux Caractéristiques Spécifiques à la garantie Dépendance)*

Le montant de la rente Dépendance est de :

- 511,40 euros par mois en cas d'hospitalisation,
- 256,00 euros par mois dans les autres cas.

Les valeurs indiquées sont celles en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies au paragraphe 2.6 des Dispositions Communes.

## **Article . 5. Garantie Invalidité Temporaire Totale de travail**

*(Référéncée aux Caractéristiques Spécifiques à la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail)*

Le montant des indemnités journalières est fixé à 75% de [l'assiette de cotisation (Art. 2.5 des Dispositions Communes) en vigueur au jour d'arrêt de travail indemnisé dans le cadre de la présente garantie], ramené au nombre de jours d'arrêt de travail.

La prestation est calculée sur la base d'une année administrative de 360 jours pour les adhérents fonctionnaires et assimilés et de 365 jours pour les autres.

De ce montant sont déduites les prestations nettes servies par l'Administration, la Sécurité Sociale, par le Comité de Gestion des Oeuvres Sociales des établissements hospitaliers ou par tout autre organisme de prévoyance.

Le délai de franchise est fixé à 90 jours continus ou discontinus d'arrêt de travail survenus en cours d'assurance au titre de la présente garantie dans les 365 jours précédant la date à laquelle est apprécié le droit à prestation.

