



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF À ADHESION OBLIGATOIRE

PREMUO M001



Souscrit par **La Mutuelle du Ministère de la Justice**,
Après de **MFPrévoyance** Et **FILASSISTANCE**

Cette notice d'information prend effet à compter du 1er janvier 2021

IMPORTANT : La notice d'information de votre adhésion est un document juridique essentiel.
Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF À ADHESION OBLIGATOIRE

PREMUO M001



Souscrit par

La Mutuelle du Ministère de la Justice,
Organisme régi par le Code de la mutualité,
Immatriculé au Répertoire SIREN sous le numéro 775 657 521,
Siège social est sis 53, rue de Rivoli - 75038 Paris Cedex 01.

Auprès de

MFPrévoyance

Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 81 773 850 euros.

Entreprise régie par le Code des assurances,
immatriculée au RCS PARIS sous le n°507 648 053.

Siège social est situé au 4 place Raoul Dautry - 75015 Paris
Relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Ré-
solution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris
Cedex 09.

Et

FILASSISTANCE

Société anonyme à Conseil d'administration au capital de
4 100 000 euros. Immatriculée au RCS Nanterre sous le
N° 433 012 689.

Entreprise régie par le Code des assurances.

Dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213
SAINT-CLOUD Cedex.

DISPOSITIONS COMMUNES

1. Objet du contrat et définitions

1.1 Objet

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

Il est souscrit par **La MMJ**, immatriculée sous le numéro 775 657 521 dont le siège est 53, rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 01, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance, ci-après dénommé « l'Assureur ».

Il relève des branches (1) Accident, (2) Maladie et (18) Assistance, définies à l'article R 321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

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

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

Les garanties des risques couverts par le contrat sont regroupées en deux modules :

- module A : garanties Incapacité Temporaire de Travail, perte de primes, jour de carence et invalidité.
- module B : garanties décès, rente survie, Invalidité Permanente et Absolue, Dépendance.

Au sein de chacun des modules, il existe 4 niveaux de garanties.

Les garanties offertes au choix des adhérents sont désignées par un code alphanumérique composé de la lettre désignant le module A ou B et d'un chiffre de 1 à 4 correspondant au niveau de garantie : ex : A1 ou B1. L'addition de deux garanties se traduit par 2 codes : A1B1 par exemple.

Le contrat, objet de la présente notice d'information, fait l'objet d'un couplage obligatoire pour l'Adhérent avec une garantie de frais de santé assurée par **La MMJ**.

Toutefois, il peut être souscrit seul dans le cadre d'une adhésion à la MMJ avec dispense de souscription

immédiate d'une garantie santé.

Les professions relevant du secteur privé, libérales ou indépendantes ne sont pas couvertes au titre du contrat.

1.2 Définitions

L'Accident est défini comme 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.**

Les Actes ordinaires de la vie doivent être entendus comme suit :

-Se laver : Il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;

-S'habiller : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;

-Se nourrir : Il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;

-Se déplacer : Il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).

L'Adhérent est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice répondant aux conditions d'adhésion définies à l'article 2.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information, inscrit au contrat et acquittant sa cotisation.

L'Assisteur est la personne morale qui fournit les prestations d'assistance en cas de dépendance partielle. Il s'agit de : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** Société anonyme à Conseil d'administration au capital de 4 100 000 euros, Immatriculée au RCS Nanterre sous le n° 433 012 689, Entreprise régie par le Code des assurances et dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

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

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

risque garanti. Il s'agit de **MFPrévoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris), et relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris.

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

Le Candidat à l'assurance est l'Adhérent potentiel au Contrat d'assurance relatif à la présente notice d'information.

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

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

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

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

- âgé de moins de 21 ans et non salarié,
- âgé de moins de 26 ans s'il poursuit ses études,
- quel que soit son âge s'il est dans l'impossibilité de se livrer à une activité salariée en milieu ordinaire ou non protégé du fait de son handicap

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

L'Enfant handicapé est l'Enfant adoptif ou non, de l'Adhérent, et qui est titulaire de la carte mobilité inclusion faisant apparaître la mention « 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.

La Fraude à l'assurance : est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré, effectué(e) en vue d'obtenir par des moyens illégaux ou irréguliers, pour soi-même ou pour un tiers, un avantage matériel ou moral qu'il soit direct ou

indirect

Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du Contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

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

La Mutuelle souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat relatif à la présente notice d'information au bénéfice de ses Membres participants. Il s'agit de **La MMJ**, immatriculée sous le numéro 775 657 521 dont le siège est 53, rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 01.

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

Personne politiquement exposée (PPE) : Est défini comme Personne Politiquement Exposée, l'Assuré, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, le Bénéficiaire d'un Contrat d'assurance-vie ou de capitalisation, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, et qui sont exposés à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont exercées depuis moins d'un an pour le compte d'un État étranger ou d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées. Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national. Les fonctions des PPE sont listées aux articles L. 561-18 et R. 561-18 -I du Code monétaire et financier.

La qualité de PPE couvre également la famille et les personnes qui sont étroitement associés aux PPE (article R 561-18 II et III du Code monétaire et financier).

Le Point de la Fonction Publique [la valeur annuelle du traitement afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur annuelle brute de ce point depuis le 1^{er} février 2017 est de 5623,23 euros.

Prescription : délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'Article 5.2 « Prescription » de la notice d'information.

Territorialité : le contrat s'exécute sur l'ensemble du territoire français : France métropolitaine, Corse et DOM-COM. Il s'applique également aux Bénéficiaires établis à l'étranger excepté dans les pays figurant sur la liste des destinations formellement déconseillées par le Ministère des Affaires étrangères français

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.

2. Adhésion au contrat

2.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information, est ouverte aux Membres participants de la Mutuelle souscriptrice appartenant aux services et cadres de la MMJ.

L'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information, est soumise aux formalités décrites à l'article 2.2 « Formalités d'adhésion » de la présente notice d'information.

2.2 Formalités d'adhésion

Le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice répondant à la définition de l'article 1.2 « Définitions » et aux conditions de l'article 2.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice, doit remplir un bulletin d'adhésion au contrat selon un modèle approuvé par l'Assureur, par lequel il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d'information.

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

Le Candidat à l'assurance doit remplir un questionnaire de santé s'il opte pour **l'un des modules suivants** :

- Module A4
- Module B4

Le Candidat à l'assurance au titre du contrat doit remplir un questionnaire de santé s'il opte pour des modules autres que les niveaux A4 et B4, s'il a :

- plus de 45 ans au jour de la demande d'adhésion
- **ou** plus de 5 ans d'ancienneté dans la fonction publique, quel que soit le statut.

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

Après examen par ce dernier, l'Assureur pourra :

- accepter la demande d'adhésion,
- accepter avec application d'un tarif risque aggravé. Dans ce cas, outre les formalités, décrites plus haut, le Candidat à l'assurance doit accepter explicitement, par écrit, le tarif risque aggravé défini à l'annexe,
- ajourner la demande d'adhésion, dans l'attente de pièces complémentaires nécessaires à l'instruction de la demande.

2.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

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

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

Exceptions :

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

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

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

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion sont couverts au titre du contrat objet de la présente notice d'information. Pour les Adhérents ayant adhéré au contrat antérieurement au 1er septembre 2018, seuls les sinistres survenus postérieurement au 1er janvier 2019 seront soumis aux nouvelles dispositions.

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

2.4 Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

2.4.1 Vente à distance et Faculté de renonciation

- Définition

Le contrat PREMIO M001 est vendu à distance si toutes les étapes de la vente ont eu lieu via des techniques de communication à distance, notamment vente par correspondance, par courrier, par téléphone ou par Internet sous réserve que l'adhésion ne rentre pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle.

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 du Conseiller clientèle et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

- Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, tout Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion dans **un délai de trente (30) jours calendaires révolus** à compter :

- ✓ du jour de la conclusion du contrat ou de la date d'effet de l'adhésion,
- ✓ du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 222-6 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

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

- Modalités d'exercice de la renonciation

L'Assuré doit faire parvenir la demande de renonciation à la Mutuelle souscriptrice, qui la transmettra à l'Assureur, par :

- lettre recommandée, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

MMJ

53, rue de Rivoli
75038 Paris Cedex 01

- recommandé électronique à l'adresse suivante : service.courrier@mmj.fr

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

« Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat PREMIO M001** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances. Le[Date et signature] ».

- Effets de la renonciation

A compter de la réception de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi), ou du recommandé électronique l'adhésion au contrat relatif à la notice d'information est résiliée sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

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

2.4.2. Vente par démarchage et Faculté de renonciation

- Définition

Le contrat PREMIO M001 est vendu par démarchage, si l'assurance a été proposée au domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, en vue de l'adhésion à un contrat qui n'entre pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle.

- Délai de renonciation

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

L'Assuré perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant

l'échéance du délai de renonciation.

- **Modalités d'exercice de la renonciation**

L'Assuré doit faire parvenir la demande de renonciation à la Mutuelle souscriptrice, qui la transmettra à l'Assureur, par :

- lettre recommandée, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

MMJ

53, rue de Rivoli
75038 Paris Cedex 01

- recommandé électronique à l'adresse suivante : service.courrier@mmj.fr

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

« Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat PREMUO M001** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances. Le[Date et signature] ».

- **Effets de la renonciation**

A compter de l'envoi de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi) ou du recommandé électronique, la garantie prend fin sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée uniquement dans le cas où le Contrat n'a pas été exécuté.

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

2.5 Choix de l'offre

2.5.1 Offres proposées à l'Adhésion

Chaque Adhérent doit, selon les dispositions suivantes, souscrire cumulativement dans chacun des deux modules à des garanties associées dont il choisit le niveau :

- module A : garanties Incapacité Temporaire de Travail, perte de primes, jour de carence et invalidité ;
- module B : garanties décès, rente survie, Invalidité Permanente et Absolue, dépendance.

→ **Pour les actifs :**

Les actifs devront choisir un module, parmi les modules A1, A2, A3 et A4 :

- Le module A1 prévoit la couverture du risque Incapacité Temporaire Totale de travail,
- Le module A2 introduit en complément de la garantie prévue par le module A1, la garantie perte de primes et la garantie jour de carence.
- Les modules A3 et A4 introduisent en complément des garanties prévues par le module A2, la garantie invalidité sous déduction des prestations perçues au titre de l'invalidité (pensions et retraites)

ET, un second module parmi les modules B1, B2, B3 et B4 :

- Le module B1 prévoit la couverture des risques Décès, Invalidité Permanente et Absolue et Rente survie au bénéfice de l'enfant handicapé.
- Les modules B2, B3 et B4 introduisent en complément des garanties prévues par le module B1, les garanties capital éducation et dépendance.

Il est toutefois exclu d'opter pour les combinaisons suivantes :

- Le module A1 couplé au module B4
- Le module A4 couplé au module B1.

→ **Pour les retraités :**

Les Adhérents au contrat PREMUO M001 faisant valoir leurs droits à la retraite en cours de contrat et n'ayant pas d'Enfant à charge, pourront, dans les 3 mois suivant leur date d'admission à la retraite, choisir leur niveau de garantie Dépendance en optant pour le module B2 ou B3.

2.5.2 Changement d'option à la hausse

Le choix entre les niveaux de garantie dans chacun des deux modules s'effectue lors de l'adhésion. Les niveaux de garanties sont classés par ordre croissant du module A1 à A4 et du module B1 à B4.

→ Pour les Adhérents actifs :

Les Adhérents actifs peuvent modifier leur niveau de garantie à la hausse sans questionnaire de santé, si, au jour de la demande, ils ont moins de 5 ans d'ancienneté dans la Fonction publique et sont âgés de moins de 45 ans. Dans ce cas, un délai de carence de six (6) mois s'appliquera, au cours duquel l'Adhérent continuera de bénéficier de l'offre initialement souscrite. Ce délai de carence commence à courir à compter du premier (1^{er}) jour du mois suivant la réception de la demande de changement d'offre par la Mutuelle souscriptrice. Dans les autres cas, le changement d'offre à la hausse est

soumis à un questionnaire de santé. Dans ce dernier cas, après examen du médecin-conseil de l'Assureur, ce dernier pourra :

- accepter la demande sans condition,
- accepter avec application d'un tarif « risque aggravé ». Dans ce cas, outre les formalités décrites plus haut, l'Adhérent devra explicitement accepter, par écrit, le tarif risque aggravé dont les modalités sont définies à l'annexe,
- ajourner la demande d'adhésion, dans l'attente de pièces complémentaires nécessaires à l'instruction de la demande.

Le changement de niveau de garantie à la hausse prend effet:

- pour le choix d'un nouveau niveau de garantie non soumis à formalités médicales, le premier jour du mois suivant l'application du délai de carence de 6 mois ;
- pour le choix d'un nouveau niveau de garantie soumis à formalités médicales, le premier jour du mois qui suit la décision du médecin conseil de l'Assureur et, en cas d'application d'un tarif « risque aggravé », le premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Adhérent.

En cas de refus du tarif risque aggravé par l'Adhérent, celui-ci sera maintenu dans ses garanties antérieures.

La modification est constatée par le renseignement d'un nouveau bulletin d'adhésion.

→ Pour les Adhérents retraités :

Les Adhérents faisant valoir leurs droits à la retraite en cours d'adhésion pourront dans les trois mois suivant leur admission à la retraite, modifier leur niveau de garantie à la hausse.

Le changement d'offre à la hausse est soumis à un questionnaire de santé. Après examen du médecin-conseil de l'Assureur, ce dernier pourra :

- accepter la demande sans condition,
- accepter avec application d'un tarif « risque aggravé ». Dans ce cas, l'Adhérent devra explicitement accepter, par écrit, le tarif risque aggravé dont les modalités sont définies à l'annexe,
- ajourner la demande d'adhésion, dans l'attente de pièces complémentaires nécessaires à l'instruction de la demande.

Le changement de niveau de garantie à la hausse prend effet, le premier jour du mois qui suit la décision du médecin conseil de l'Assureur et en cas d'application d'un tarif « risque aggravé », le premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Adhérent.

En cas de refus du tarif risque aggravé par l'Adhérent, celui-ci sera maintenu dans ses garanties antérieures.

2.5.3 Changement de niveau de garantie à la baisse

→ Pour les Adhérents actifs :

Les Adhérents actifs peuvent modifier leur niveau de garantie à la baisse sous réserve qu'ils ne se trouvent pas, au moment de la demande, en situation :

- d'Invalidité au sens de la garantie Invalidité visée aux Caractéristiques spécifiques des garanties, qu'il y ait ou non service d'une prestation au titre de cette garantie ;
- de Dépendance au sens de la garantie Dépendance visée aux Caractéristiques spécifiques des garanties, qu'il y ait ou non service d'une prestation au titre de cette garantie ;
- d'Incapacité temporaire totale de travail au sens de la garantie incapacité temporaire totale de travail visée aux Caractéristiques spécifiques des garanties, qu'il y ait ou non service d'une prestation au titre de cette garantie.

Les Adhérents actifs dont le choix d'offre initial a été soumis au renseignement d'un questionnaire de santé, devront également renseigner un nouveau questionnaire de santé.

Après examen du médecin-conseil de l'Assureur, ce dernier pourra :

- accepter la demande sans condition,
- accepter avec application d'un tarif « risque aggravé ». Dans ce cas, l'Adhérent devra explicitement accepter, par écrit, le tarif risque aggravé dont les modalités sont définies à l'annexe,
- ajourner la demande d'adhésion, dans l'attente de pièces complémentaires nécessaires à l'instruction de la demande.

Le changement d'offre à la baisse prend effet :

- au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice ;
- le premier jour du mois qui suit la décision du médecin conseil de l'Assureur ; en cas d'établissement d'un questionnaire de santé,
- en cas d'application d'un tarif « risque aggravé », le premier (1er) jour du mois qui suit l'acceptation par l'Adhérent.

En cas de refus du tarif risque aggravé par l'Adhérent, celui-ci sera maintenu dans ses garanties antérieures.

La modification est constatée par le bulletin d'adhésion.

→ **Pour les Adhérents retraités :**

Les Adhérents faisant valoir leurs droits à la retraite en cours de contrat pourront dans les trois mois suivant leur admission à la retraite modifier leur niveau de garantie à la baisse.

Le changement d'offre à la baisse n'est pas soumis à formalités médicales. Toutefois les Adhérents retraités dont le choix d'offre initial a été soumis au renseignement d'un questionnaire de santé, devront également renseigner un nouveau questionnaire de santé. Après examen du médecin-conseil de l'Assureur, ce dernier pourra :

- accepter la demande sans condition,
- accepter avec application d'un tarif « risque aggravé ». Dans ce cas, l'Adhérent devra explicitement accepter, par écrit, le tarif risque aggravé dont les modalités sont définies à l'annexe,
- ajourner la demande d'adhésion, dans l'attente de pièces complémentaires nécessaires à l'instruction de la demande.

Le changement d'offre à la baisse prend effet :

- au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice ;
- le premier jour du mois qui suit la décision du médecin conseil de l'Assureur, en cas d'établissement d'un questionnaire de santé,
- en cas d'application d'un tarif « risque aggravé », le premier (1er) jour du mois qui suit l'acceptation par l'Adhérent.

En cas de refus du tarif risque aggravé par l'Adhérent, celui-ci sera maintenu sur ses garanties antérieures.

La modification est constatée par le bulletin d'adhésion.

2.6 Radiation du contrat

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

- décès, au jour du décès,
- à la date à laquelle l'Adhérent ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties au titre du contrat objet de la présente notice d'information,
- non-paiement de sa cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure déterminée à l'article L 113-3 du Code des Assurances,
- défaut de couverture (l'Adhérent n'est plus couvert par aucune garantie du contrat), au jour de la prise d'effet de la fin de la couverture,

- au jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat conclu entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur,
- à la date de la perte de qualité de Membre Participant de la Mutuelle Souscriptrice,
- en cas d'exercice d'une profession libérale ou indépendante.

2.7 Fausse déclaration

Les déclarations faites par les Assurés à la Mutuelle souscriptrice 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'Assuré par l'Assureur ou par l'Assisteur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré ou de la Mutuelle souscriptrice tant lors de l'adhésion 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 ou l'Assisteur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances.

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

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

2.8 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.

3. Base de calcul des cotisations et des

prestations garanties

3.1. Assiette des cotisations

Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement à l'adhésion et lors du renouvellement et valent pour toute l'année civile. Elles s'appliquent aux cotisations dues au titre des garanties autres que la dépendance.

Le salaire de référence, servant de base pour le calcul des cotisations, correspond pour les actifs, d'une part au TIB pour les personnels de droit public indicés et d'autre part au salaire de base pour les contractuels de droit public ou privé non indicés, dans la limite des plafonds et plafonds ci-dessous.

L'assiette de cotisation n'intègre aucune des primes éventuelles existantes dans la fonction publique (ex : prime spéciale de résultats, prime de grade et de sujétion, prime de fonction, etc).

L'assiette de cotisation des retraités de moins de 65 ans ou de plus de 65 ans avec Enfant à charge, est celle du TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension ou du salaire de référence dans la limite des plafonds et plafonds ci-dessous.

3.1.1 Revenus : cas général

Pour les actifs et retraités âgés de moins de 65 ans ou de plus de 65 ans avec Enfant à charge :

Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement à l'adhésion et lors du renouvellement et valent pour toute l'année civile. Elles s'appliquent aux cotisations dues au titre des garanties autres que la dépendance.

Le salaire de référence, servant de base pour le calcul des cotisations, correspond pour les actifs, d'une part au TIB pour les personnels de droit public indicés et d'autre part au salaire de base pour les contractuels de droit public ou privé non indicés, dans la limite des plafonds et plafonds ci-dessous.

Le résultat des calculs des plafonds et plafonds est arrondi à la centaine d'euros supérieure.

3.1.2 Revenus : cas particuliers

- **Pour les Adhérents au contrat, bénéficiaires d'un congé parental d'éducation, placés en situation de chômage, en situation de retraite avec jouissance différée, en situation de congé de fin d'activité ou en situation de disponibilité :**
 - o le TIB correspondant au dernier indice

d'activité avant la prise d'effet de la situation visée, dans la limite du plafond P et du plancher p définis ci-dessus à l'article 3.1.1 « Revenus : Cas général », si l'Adhérent est fonctionnaire,

- o à défaut, le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P et du plancher p définis ci-dessus à l'article 3.1.1 « Revenus : Cas général ».

- **Pour les Adhérents au contrat fonctionnaires en situation de détachement :**

le TIB correspondant au dernier indice connu de l'Assureur lors du calcul des cotisations de renouvellement, dans la limite du plafond P et du plancher p définis ci-dessus à l'article 3.1.1 « Revenus : Cas général ».

3.1.3 Cotisations forfaitaires

Les cotisations dites forfaitaires s'appliquant à la garantie Dépendance, sont déterminées en fonction de l'âge de l'Assuré et fixées en annexe de la présente notice d'information.

Cette cotisation est déterminée annuellement à l'adhésion et lors du renouvellement et vaut pour toute l'année civile.

3.1.4 Minoration du taux de cotisation

Il est prévu pour les Adhérents âgés de moins de 35 ans un taux de cotisation minoré.

Les taux sont définis en annexe de la présente notice d'information.

3.2 Montant des prestations

3.2.1 Assiette des prestations

L'assiette de prestations est définie par l'assiette de cotisations conformément à l'article 3.1 « Assiette des cotisations » de la présente notice d'information sans application du plafond P.

3.2.2 Prestations forfaitaires

Les montants des prestations dites forfaitaires sont fixés aux Caractéristiques spécifiques des garanties revalorisées dans les conditions prévues à l'article 3.3 « Revalorisation des garanties forfaitaires » de la présente notice d'information.

3.3 Revalorisation des garanties forfaitaires

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

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

3.4 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

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

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

4. Cotisations

4.1 Paiement des cotisations

La cotisation appelée à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice peut être précomptée sur le traitement ou le salaire de base ou la pension, ou prélevée sur le compte bancaire, dans les conditions déterminées par la Mutuelle souscriptrice.

Tout mois commencé est dû.

Dans le cas particulier d'un agent en arrêt de travail, celui-ci paye sa cotisation sur la base du salaire de référence qu'il aurait perçu et perçoit la prestation sur la base de son salaire de référence.

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 à compter de l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat conformément à l'article L. 132-20 du Code des assurances.

5. Conditions de règlement des prestations

5.1 Versement des prestations

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

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

5.2 Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du Contrat et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'évènement à l'origine de cette action. Par ailleurs, **les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par dix (10) ans pour les prestations dont le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent.**

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

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

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

Par ailleurs,

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

- **L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Pour ce**

dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.

- Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au Contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- Conformément à l'article 2240 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Conformément à l'article 2241 du Code civil : la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Conformément à l'article 2242 du Code civil : l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Conformément à l'article 2243 du Code civil : l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- Conformément à l'article 2244 du Code civil : le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- Conformément à l'article 2245 du Code civil : l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
- Conformément à l'article 2246 du Code civil : l'interpellation faite au débiteur principal ou sa

reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- **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. A défaut et ne permettant pas l'avis du médecin conseil de l'Assureur, ces demandes de prestations seront systématiquement refusées.**

5.3 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.

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

L'Adhérent qui ne répond pas aux demandes de pièces complémentaires et/ou qui ne renvoie pas les formulaires de gestion dûment remplis dans les deux mois suivant la demande, verra sa demande suspendue. L'Adhérent 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 peut contester sa décision en lui adressant sous pli fermé et confidentiel, dans les trois (3) mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Adhérent et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

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

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son

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

5.4 Secret médical

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

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90555
94116 Arcueil Cedex

6. Risques exclus

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 pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,**
- **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 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 conforme à une prescription médicale, directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme et de sabotages auxquels prend part l'Adhérent.**

En ce qui concerne la garantie « capital décès » et « rente survie », outre les exclusions générales, l'Assureur ne prend pas en charge le décès résultant :

- **Du suicide de l'Adhérent survenant dans les douze (12) mois suivant l'admission dans l'assurance. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Cette disposition ne s'applique pas aux Adhérents du CONTRAT PREMUO M001.**
- **De l'homicide volontaire de l'Adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.**

En ce qui concerne les garanties « invalidité », « invalidité permanente et absolue » 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 consécutives à une incapacité temporaire de travail constatée antérieurement à la prise d'effet du contrat ou à l'admission dans l'assurance.

7. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par l'Assureur et les mutuelles à l'égard de leurs Assurés/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 notice d'information, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(ACPR)**
4, Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9.

8. Renseignements – Réclamations – Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat et indépendamment du droit pour l'Adhérent de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser aux interlocuteurs suivants indiqués en annexe.

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

9. Garantie incapacité temporaire de travail

9.1 Objet de la garantie

Pour les Adhérents ayant opté pour le module A1, A2, A3 ou A4, l'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières pour perte de traitement ou de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de travail de l'Assuré avant la date de liquidation de ses droits effectifs à la retraite s'il est en situation effective d'activité à la veille du 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

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'Assuré 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 agents contractuels :**

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré agent contractuel 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'Assuré agent contractuel :

- 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 L.323-1 du Code de la Sécurité sociale sont épuisés,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

9.2 Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est l'Adhérent.

Le Bénéficiaire doit, de sa propre initiative, notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, 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.

9.3 Formalités de règlement des prestations

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation rempli par l'Adhérent et comportant :

- En cas de Congé de Longue Maladie (CLM), de Congé de Longue Durée (CLD), de Disponibilité d'Office pour raison de santé, fournir tous les arrêtés de plein et demi-traitement.
- En cas de Congé Maladie Ordinaire (CMO), le relevé des congés pour maladie établi par l'administration,
- Engagement de remboursement de l'Assuré en cas d'indu de prestation,
- Le dernier bulletin de paie précédent le passage à demi-traitement pour tout type de congés (CMO, CLM et CLD),
- L'arrêté de mise en disponibilité ou la décision de congés, si mise en disponibilité :
 - Les bulletins de salaire faisant apparaître les prestations en nature ou en espèces durant la période d'arrêt ;
 - A défaut les décomptes mentionnant le versement d'indemnités journalières de la CPAM en cas de non subrogation.
- Le relevé d'identité bancaire (RIB) du Bénéficiaire de la prestation,
- Toute autre pièce ou formulaire demandée par l'Assureur.

En cas de rechute, l'Adhérent doit adresser 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 ou tout autre organisme sera indemnisé selon ces mêmes périodes.

La demande de règlement doit parvenir dans les six (6) mois qui suivent la date de notification de la décision administrative.

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.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 5.3 « Contrôle médical et conciliation » de la présente notice.

9.4 Principe indemnitaire

- Principe

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, de la Mutuelle souscriptrice et de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'Assuré au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.

Par rémunération théorique, on entend la rémunération maximale à percevoir par l'Assuré s'il avait continué à travailler.

- Engagement de remboursement

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, sans délai, à l'Assureur les indemnités trop perçues notamment en cas de changement de nature de son congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de sa situation. L'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

9.5 Délai de franchise

La franchise est le délai à l'expiration duquel l'Assuré reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail peut prétendre au versement de la prestation. Ce délai court à compter de la date de reconnaissance de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Pendant ce délai aucune prestation n'est due ni versée.

Le délai de franchise est fixé à la durée de la période de maintien de salaire total prévue par le statut pour les fonctionnaires et les agents contractuels.

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 déjà donné lieu à indemnisation au titre de la présente garantie et qui survient dans un délai maximum de trois (3) mois suivant la fin de l'indemnisation précitée.

9.6 Durée de versement de la prestation

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

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou à mi-temps thérapeutique,
- la date de liquidation 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 quel que motif que ce soit.

9.7 Suspension des garanties

La garantie est provisoirement suspendue en cas de :

- congé parental,
- mise en disponibilité pour convenance personnelle, sauf si l'Adhérent demande le maintien de la garantie au titre d'une activité salariée.

Pendant ces périodes, les cotisations afférentes à cette garantie ne sont pas dues.

L'Adhérent est tenu d'informer la Mutuelle souscriptrice de la reprise de ses fonctions afin de lever cette suspension de garantie. En toute hypothèse, il est redevable de la cotisation à compter de la date de reprise de ses fonctions.

10. Garantie perte de primes

10.1 Objet de la garantie

Pour les Adhérents ayant opté pour le module A2, A3 ou A4, l'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières pour perte de prime en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite s'il est en situation effective d'activité à la veille du 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Les primes faisant l'objet d'une prise en charge au titre de

la présente garantie, sont les primes n'ayant pas le caractère de remboursement de frais ainsi que les indemnités d'astreintes et d'heures supplémentaires.

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'Assuré 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 no 84-16 du 11 janvier 1984,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.
- ou exerce temporairement son activité à temps partiel pour raison médicale.

→ **Pour les agents contractuels :**

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré agent contractuel 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,
- ou exerce temporairement son activité à temps partiel pour raison médicale.

Est aussi considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré agent contractuel :

- 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 L.323-1 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.

10.2 Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est l'Adhérent.

Le Bénéficiaire doit, de sa propre initiative, 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.

10.3 Formalités de règlement des prestations

JUSTIFICATIFS A PRODUIRE SUR LE PLAN ADMINISTRATIF

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen de la demande de prestation « Demande de prestation - Perte de Primes » accompagné des pièces et justificatifs suivants :

Dans tous les cas :

- une attestation sur l'honneur de l'Adhérent au contrat énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de son incapacité (quel que soit l'organisme qui les verse : Sécurité sociale, Institution de prévoyance, employeur au titre de ses obligations légales etc.) ;
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

Lors de la première demande de prestation :

- En cas de Congé de Longue Maladie, de Congé de Longue Durée, de Disponibilité d'Office pour raison de santé, fournir tous les arrêtés de plein et demi-traitement,
- En cas de Congé Maladie Ordinaire, fournir les prescriptions d'arrêt de travail,
- Engagement de remboursement de l'Assuré en cas d'indu de prestation,
- Une copie des douze (12) derniers bulletins de paie précédant le premier jour du mois d'indemnisation,
- L'arrêt de mise en disponibilité ou la décision de congés, si mise en disponibilité :
 - Les bulletins de salaire faisant apparaître les prestations en nature ou en espèces durant la période d'arrêt,
 - A défaut les décomptes mentionnant le versement d'indemnités journalières de la CPAM en cas de non subrogation.
- Le relevé d'identité bancaire (RIB) du Bénéficiaire de la prestation.
- Toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

Tout arrêt de travail comportant des périodes indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur, la Sécurité sociale ou tout autre organisme sera indemnisé selon ces mêmes périodes.

Pour une prolongation d'arrêt de travail : La Mutuelle souscriptrice adresse l'imprimé « Demande de prestation - perte de Primes ».

JUSTIFICATIFS A PRODUIRE SUR LE PLAN MEDICAL :

Lors de la première demande de prestation :

- un certificat médical précisant la date de l'arrêt de travail initial ;
- en outre, en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection ;
- toute autre pièce ou formulaire demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

La demande de règlement doit parvenir dans les six (6) mois qui suivent la date de début du congé maladie dès lors qu'il excède 90 jours (ou de la décision administrative en cas de modification de la nature du congé). 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.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu à l'article 5.3 « Contrôle médical et conciliation » de la notice.

10.4 Principe indemnitaire

Principe :

Les prestations versées en application de la présente garantie varient en fonction du module choisi (A2, A3, A4).

Quel que soit le module retenu, elles sont plafonnées à la différence entre :

- **La rémunération nette théorique** calculée sur la base du traitement net perçu au cours de la période de référence qui est celle des douze mois précédant le premier jour du mois d'indemnisation.
Celle-ci est égale au traitement net - primes incluses- telles que définies à l'article 1 « objet de la garantie » pertes de primes et déduction faite des charges sociales et/ou prélèvements sociaux qu'aurait pu percevoir l'Assuré s'il avait continué à travailler
- **Et la rémunération nette réellement perçue** (ou à percevoir) pendant l'arrêt de travail en y incluant les sommes reçues de l'administration, de l'Assureur, en application de la garantie perte de traitement, ou de tout autre organisme.

Les rappels de primes, astreintes et/ou heures supplémentaires, pour lesquels le bulletin de salaire ne permet pas de déterminer la période concernée sont considérées comme ayant un caractère annuel pour le calcul de la rémunération nette théorique.

Engagement de remboursement :

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, sans délai, à l'Assureur, les indemnités trop perçues notamment en cas de changement de nature de son congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de sa situation.

L'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations qui lui sont dues par l'Adhérent.

10.5 Arrêts de travail indemnisés

Seuls les arrêts de travail intervenus postérieurement à l'adhésion sont indemnisés au titre de la garantie Perte de primes et après application, le cas échéant, du délai de franchise mentionné à l'article 10.6 « Délai de franchise » de la présente notice.

Dans le cas d'une rechute, l'arrêt de travail initial doit également être postérieur à l'adhésion.

On entend par rechute, un arrêt de travail imputable à une maladie ou à un Accident ayant déjà donné lieu à indemnisation au titre de la présente garantie et qui survient dans un délai maximum de trois (3) mois suivant la fin de l'indemnisation précitée.

Pour les Adhérents ayant souscrit au contrat antérieurement au 1^{er} septembre 2018 au contrat PREMUO M001, seuls les arrêts de travail intervenus postérieurement au 1^{er} janvier 2019 seront soumis aux nouvelles dispositions.

10.6 Délai de franchise

Le droit aux prestations est acquis à l'issue d'un délai de franchise calculé en additionnant les journées consécutives ou non d'arrêt de travail pour maladie ou Accident, quelle qu'en soit la cause, survenues en cours d'assurance. Les demi-journées d'arrêt de travail non liées à un mi-temps thérapeutique ne sont pas prises en considération.

Pendant ce délai de franchise aucune prestation n'est due ni versée.

Lors de la demande de prestation, dont la date de prise en compte coïncide avec celle du début de l'arrêt de travail, le délai de franchise est considéré comme écoulé si au cours des 365 jours précédant cette date, il a été décompté 90 jours d'arrêts de travail dont au moins 30 jours d'arrêt de travail continus.

Dans le cas d'une rechute telle que définie à l'article 10.5 « Arrêts de travaux indemnisés » de la présente notice, le délai de franchise ne sera pas appliqué.

10.7 Durée du versement de la prestation

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

- la reprise du travail, y compris à temps partiel non 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 quel que motif que ce soit,
- Lorsque l'Adhérent ne remplit plus les conditions prévues à l'article 10.1 « Objet de la garantie » de la présente notice.

10.8 Suspension des garanties

La garantie est provisoirement suspendue en cas de :

- Congé parental,
- Mise en disponibilité pour convenance personnelle sauf si l'Adhérent demande le maintien de la garantie au titre d'une activité salariée.

Pendant ces périodes, les cotisations afférentes à cette garantie ne sont pas dues.

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur de la reprise de ses fonctions afin de lever cette suspension de garantie. En toute hypothèse, il est redevable de la cotisation à compter de la date de reprise de ses fonctions.

11. Garantie jour de carence

11.1 Objet de la garantie

Pour les Adhérents ayant opté pour le module A2, A3 ou A4, l'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières pour perte de traitement en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de travail de l'Adhérent au titre du jour de carence prévu par l'article 115 de la loi 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 à condition qu'il remplisse les conditions :

- être dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle,

- être en situation effective d'activité à la veille du 1^{er} jour de l'arrêt de travail,
- pouvoir justifier de la production d'un arrêt de travail établi par un médecin traitant, d'une interruption de l'activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident professionnel.

La prise en charge du jour de carence intervient pour un arrêt de travail égal ou supérieur à 3 jours.

La garantie accordée est fonction de l'ancienneté de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information comme suit :

- De six mois jusqu'à deux ans d'ancienneté sur le contrat : la prise en charge du délai de carence est limitée à 1 jour par année civile.
- Au-delà de deux ans jusqu'à cinq ans d'ancienneté sur le contrat : la prise en charge du délai de carence est limitée à 2 jours par année civile.
- Au-delà de cinq ans d'ancienneté sur le contrat : la prise en charge du délai de carence est limitée à 3 jours par année civile.

En tout état de cause, la garantie ne pourra excéder la prise en charge de 10 jours de carence pour cinq années de couverture.

11.2 Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est l'Adhérent.

Le Bénéficiaire doit, de sa propre initiative, notifier à la Mutuelle souscriptrice l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation au titre du contrat.

11.3 Règlement des prestations

Les demandes de règlement doivent être adressées par l'Assuré, à la Mutuelle souscriptrice, au moyen d'un formulaire de demande de prestation comportant :

- Les prescriptions d'arrêt de travail,
- Le bulletin de paie portant mention de la retenue de traitement opérée.

Ce formulaire est accompagné de la production des justificatifs demandés par l'Assureur.

La demande de règlement doit parvenir dans les six (6) mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies.

11.4 Principe indemnitaire

- **Principe**

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'employeur, de la Sécurité Sociale, et de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'Assuré au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.

Par rémunération théorique, on entend la rémunération maximale à percevoir par l'Assuré s'il avait continué à travailler.

- **Engagement de remboursement**

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, sans délai, à l'Assureur les indemnités trop perçues notamment en cas de changement de nature de son congé maladie et ce dès que l'employeur aura procédé à la régularisation de sa situation. L'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations qui lui sont dues par l'Adhérent.

11.5 Suspension des garanties

La garantie est provisoirement suspendue en cas de :

- congé parental,
- mise en disponibilité pour convenance personnelle, sauf si l'Adhérent demande le maintien de la garantie au titre d'une activité salariée.

Pendant ces périodes, les cotisations afférentes à cette garantie ne sont pas dues.

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur de la reprise de ses fonctions afin de lever cette suspension de garantie. En toute hypothèse, il est redevable de la cotisation à compter de la date de reprise de ses fonctions.

12. Garantie Invalidité

12.1 Objet de la garantie

Pour les Adhérents ayant opté pour le module A3 ou A4, l'Assureur garantit le versement d'une rente en cas d'invalidité, au profit de l'Adhérent remplissant les conditions suivantes :

- être en situation effective d'activité ou en Incapacité Temporaire Totale de travail telle que définie à l'article 9.1 « Objet de la garantie » des caractéristiques spécifiques de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail de la présente notice d'information,

- ne pas avoir atteint l'âge auquel l'Adhérent peut prétendre à une retraite à taux plein,
- ne pas avoir atteint l'âge limite d'activité de la catégorie de l'Adhérent

Est considéré comme étant en invalidité, l'Adhérent, qui à la fois :

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle,
- présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins 66%,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de toute activité professionnelle,
- s'il est fonctionnaire, a épuisé ses droits statutaires.

En outre :

- Concernant les agents contractuels de droit public de moins d'un (1) an, la prestation concerne les personnes classées dans la 2ème ou la 3ème catégorie d'invalidité de la Sécurité Sociale.
- Concernant les fonctionnaires, les magistrats et contractuels de plus d'un an, la prestation concerne les personnes classées dans le 2ème groupe (invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque) ou le 3ème groupe (invalide absolument incapable d'exercer une profession et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) par la Commission de réforme.

Le pourcentage de réduction de la capacité de travail est déterminé à l'aide du tableau suivant en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle selon le barème de droit commun figurant à l'annexe de la notice.

12.2 Bénéficiaire

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

12.3 Délai de franchise

Si l'Adhérent devient invalide sans période avérée d'Incapacité Temporaire Totale de travail telle que définie aux Caractéristiques spécifiques de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, il est alors fait application des délais de franchise prévus à l'article 9.5 « Délai de franchise » relatif à la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail de la présente notice d'information.

12.4 Durée des prestations

Le droit à prestation cesse à l'âge limite d'activité de la

catégorie ou antérieurement si l'Adhérent atteint l'âge auquel il aurait pu bénéficier d'une retraite à taux plein.

12.5 Formalités et Règlement de la prestation

12.5.1 Formalités

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

- un certificat médical précisant la date de mise en invalidité,
- la notification de mise en retraite pour invalidité de l'Administration ou de mise en invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale,
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'invalidité émanant de l'Administration, de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance,
- une attestation sur l'honneur de l'Adhérent énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de l'invalidité,
- la copie du certificat de garantie pour une première demande (pièce fournie par la Mutuelle souscriptrice),
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

La demande de règlement doit parvenir dans les six (6) mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent d'être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée courant à partir de la date de réception de la demande.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu à l'article 5.3 « Contrôle médical et Conciliation » de la présente notice d'information.

12.5.2 Modalité de versement

Le droit à rente est acquis à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité fixée par le médecin conseil de l'Assureur comme point de départ de l'invalidité du Bénéficiaire.

La rente est versée mensuellement à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*. De même, à la cessation de service de la rente, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

La rente d'invalidité est versée tant que dure l'état d'invalidité.

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

12.5.3 Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes en service sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 3.4 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la présente notice d'information.

12.6 Modification de la situation de l'Adhérent

L'Adhérent doit notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, la fin éventuelle de son état d'invalidité ainsi que l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'invalidité en cours d'indemnisation par le contrat relatif à la présente notice.

13. Garantie Décès

13.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit aux Bénéficiaires de l'Adhérent ayant opté pour le module B1, B2, B3 ou B4 le versement d'un capital, si son décès survient au plus tard au 31 décembre de l'année de son 65^{ème} ou au-delà si :

- à la date du décès, l'Adhérent a au moins un Enfant à charge né ou à naître
- le décès survient avant la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

Le montant du capital « décès » est précisé en annexe de la présente notice d'information.

13.2 Capital éducation

Outre le capital Décès mentionné à l'article 13.1 « Objet de la garantie » des caractéristiques spécifiques de la garantie Décès, un capital éducation est versé à chaque Enfant à charge, à la date du décès de l'Adhérent ayant opté pour les modules B2, B3 ou B4.

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

Le nombre d'Enfants à charge est apprécié à la date du décès de l'Adhérent au contrat.

13.3 Bénéficiaires

13.3.1 Bénéficiaires du capital Décès

Pour le capital Décès les Bénéficiaires sont ceux désignés par l'Adhérent.

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

- **La formule générale suivante :**

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

« A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non séparé ou à mon Concubin,

- A défaut, à mes Enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,

- A défaut, à mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,

- A défaut, à mes autres héritiers par parts égales entre eux ».

- **Toute formule particulière différente :**

A utiliser notamment lorsque l'Adhérent souhaite désigner nommément une personne comme Bénéficiaire.

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

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

La désignation des Bénéficiaires peut être effectuée notamment par acte sous signature privée ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé à la Mutuelle souscriptrice, dans les plus brefs délais, qui le transmettra à l'Assureur. Il n'aura alors d'effet à l'égard de ce dernier que lorsque l'acte lui aura été notifié par écrit.

Elle reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsqu'elle n'est plus appropriée, notamment en cas de changement de la situation personnelle et/ou familiale.

Sous réserve des droits propres du Bénéficiaire acceptant, l'Adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les Bénéficiaire(s) désigné(s). La désignation des Bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

Le Bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment. Il devient Bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du Bénéficiaire et de l'Assureur.

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

Cette acceptation rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause Bénéficiaire(s) seront possibles possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause Bénéficiaire(s) le prévoit, en cas de survenance du premier (1^{er}) enfant de l'Assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du (ou des) Bénéficiaire(s) ou le cas échéant sur le compte bancaire de leur (leurs) représentant(s) légal (légaux).

13.3.2 Bénéficiaires du capital Education

Seuls sont concernés, les Enfants à charge nés ou à naître tels que définis à l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice. Ce capital est versé si le décès survient au plus tard le 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire ou au-delà si, au jour du décès, l'Adhérent a un Enfant à charge ou si le décès survient avant la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

13.4 Formalités de règlement des prestations

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

- un acte de décès de l'Adhérent,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- toute pièce justifiant la qualité d'Enfant à charge, notamment un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte d'étudiant,
- l'avis d'imposition sur le revenu,
- toutes justifications utiles de l'identité, de la qualité et de l'adresse des Bénéficiaires,
- le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de douze (12) mois après

l'adhésion au contrat.

13.5 Revalorisation du capital Décès.

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 13.4 « Formalités de règlement des prestations » des caractéristiques spécifiques ci-dessus, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

14. Garantie Rente Survie

14.1 Objet de la garantie

Pour les Adhérents ayant opté pour le module B1, B2, B3 ou B4 l'Assureur garantit le versement d'une rente viagère au profit de l'Enfant handicapé de l'Adhérent défini à l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information, en cas de :

- Décès de l'Adhérent,
- ou d'Invalidité permanente et absolue (IPA) de l'Adhérent, définie à l'article 15.2 suivant, survenue au plus tard au 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire ou ultérieurement jusqu'au jour où il fait valoir ses droits à la retraite.

L'Enfant handicapé doit être titulaire de la carte invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles, ou en avoir fait la demande. Dans ce dernier cas, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du Bénéficiaire.

Le montant de cette rente est précisé en annexe de 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.

Est considéré comme atteint d'Invalidité Permanente et Absolue, l'Adhérent qui répond aux conditions de l'article 15.2 « Définitions de la garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA) » de la présente notice d'information.

14.2 Modalités de règlement des prestations

14.2.1 Formalités

Les demandes de règlement doivent être adressées par la

Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- une attestation de vie de l'Enfant handicapé établie par celui-ci ou son représentant,
- une photocopie de la carte mobilité inclusion faisant apparaître la mention « invalidité » du Bénéficiaire prévues à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles certifiée conforme par l'intéressé ou son représentant légal,
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat.

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

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

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 attestant que celui-ci est dans l'obligation de recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des quatre (4) actes ordinaires de la vie tels que définis ci-dessus (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver). 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^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou tout autre justificatif d'équivalence à cet état attribué par l'Administration.

En cas d'IPA de l'Adhérent, sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les six (6) mois qui suivent la date à laquelle l'Adhérent cesse d'être couvert par cette garantie.

Article 14.2.2 Modalités de versement des prestations

Le droit à rente est acquis dès le lendemain du décès de l'Adhérent ou de la date reconnue par l'Assureur

comme début de son IPA et ce, jusqu'au décès du Bénéficiaire.

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

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*. Au décès du Bénéficiaire, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

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

Article 14.2.3 Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes en service sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 3.4 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la présente notice.

15. Garantie Invalidité Permanente et Absolue

15.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) au profit de l'Adhérent ayant opté pour le module B1, B2, B3 ou B4, suite à la reconnaissance de son état d'Invalidité Permanente et Absolue lorsque celui-ci survient au plus tard au 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire ou ultérieurement jusqu'au jour où il fait valoir ses droits à la retraite.

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

15.2 Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

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

- o obligé de recourir à l'assistance permanente, totale et définitive d'une autre personne pour accomplir les quatre (4) actes ordinaires de la vie (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver), avec une majoration pour tierce personne au sens de l'article L.30 du Code des pensions civiles et militaires de retraite (pour les fonctionnaires) et de l'article L355-1 du Code de Sécurité sociale (pour les agents contractuels) :
 - se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - s'habiller : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps ;

- s'alimenter : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé et servi ;
 - se déplacer : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).
- o reconnu par le médecin-conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

15.3 Règlement des prestations

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

- l'imprimé IPA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'Adhérent attestant que celui-ci est dans l'obligation de recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une personne pour l'accomplissement des quatre (4) 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^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale,
- le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat,
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

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

16. Garantie Rente Dépendance

16.1 Objet de la garantie

Pour les Adhérents ayant opté pour le module B2, B3 ou B4, l'Assureur garantit le versement d'une rente annuelle au profit de l'Adhérent au contrat en situation de dépendance totale telle que définie à l'article 16.2 « Reconnaissance de la dépendance » de la présente notice d'information.

Le renouvellement des garanties est annuel à la date du 1^{er} janvier.

Le montant de la rente servie est défini à l'annexe.

Pour les Adhérents ayant opté pour le module B2, l'Assureur garantit le versement d'une rente à l'Adhérent

se trouvant en situation de Dépendance.

Pour les Adhérents ayant opté pour le module B3 ou B4, 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.

De plus, l'Assureur garantit à l'Adhérent reconnu en état de dépendance partielle tel que défini à l'article suivant :

- le paiement de l'ensemble du dispositif d'installation du matériel « Filattentive » (59 TTC euros),

et

- le paiement de l'abonnement mensuel « Filattentive » (abonnement de 35,10 euros TTC par mois), pour :
 - Une montre connectée avec fonction aidant ;

Ou

- Une tablette premium avec bracelet détection de chute.

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

L'Assureur assurera alors le versement du montant correspondant à l'abonnement mensuel de téléassistance, sous forme de rente mensuelle payée directement à l'Adhérent, de l'abonnement prévu ci-dessus.

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 sera alors interrompu.

16.2 Reconnaissance de la dépendance

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

- 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) :
 - se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - s'habiller : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;

- s'alimenter : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
- se déplacer : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).

- est reconnu par le médecin-conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

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

- 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,
- est reconnu comme répondant au critère précédent 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 :

- Se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir,

OU

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

- S'alimenter :

- Se servir, c'est-à-dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit. Sans inclure la préparation du repas.

OU

- Porter les aliments à la bouche et les avaler.

- Se laver :

- Faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps.

OU

- 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 est en dessous de la ceinture.

- S'habiller :

- Vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps.

OU

- Vêtir ou dévêtir la partie inférieure du corps. La partie supérieure du corps est celle au-

dessus de la ceinture et la partie inférieure est 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.

L'Adhérent bénéficiant des services de téléassistance, s'il est par la suite reconnu en état de dépendance totale, tel que défini ci-dessus, peut demander à l'issue du délai de franchise prévu à l'article 16.4 « Délai de franchise » de la présente notice :

- de ne plus bénéficier des garanties téléassistance. Dans ce cas, il percevra la rente prévue au contrat en cas de Dépendance totale. Il devra alors restituer le matériel.

OU

- de 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 de la Dépendance totale conformément à l'article 16.1 « Objet de la garantie » de la notice

16.3 Conditions d'ouverture des droits à prestation

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.

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.

16.4 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 ayant pour origine un Accident au sens de l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information,
- 180 jours dans les autres cas.

En cas de passage d'un état de dépendance partielle à un état de dépendance totale, le délai de franchise s'applique à nouveau dans les conditions définies à l'alinéa précédent.

Pendant ce délai de franchise aucune prestation n'est due ni versée.

16.5 Formalités et Règlement des prestations

16.5.1 Formalités

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

- Questionnaire d'évaluation de la dépendance établi par le médecin traitant,
- un questionnaire dépendance spécifique de l'Assureur en cours à la date de la demande. Celui-ci devra être dûment complété et accompagné de tout justificatif médical permettant l'étude du dossier par le médecin conseil (rapport d'expertise, rapport médical,...) ;
- en outre, en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement,
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Général du département de résidence de l'Adhérent relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. A noter que ce document permettra d'étudier le dossier, cependant l'attribution de l'APA ne vaut pas mise en jeu de la garantie celle-ci étant évaluée sur la base de critères contractuellement définis,
- un relevé d'identité bancaire (RIB) 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,
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

16.5.2 Modalités de versement des prestations

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

Lorsque le Bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la Dépendance, 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 *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.

Article 16.5.3 Modification de la situation du 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 la prise en charge par la Sécurité Sociale,
- le changement du lieu de vie (domicile, unité de long séjour, unité de cure médicale, établissement hospitalier pour personnes âgées, etc.).

Article 16.5.4 Cessation du paiement de la rente dépendance

La rente cesse d'être versée :

- Au jour du 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^{er} jour du mois civil qui suit la date à laquelle lesdites conditions cessent d'être remplies.

Article 16.5.5 Contrôle médical et conciliation

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 l'article 5.3 de la présente notice.

Article 16.5.6 Revalorisations des rentes en cours de service

Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier de l'année civile dans les conditions définies à l'article 3.4 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la notice.



☎ 53, rue de Rivoli 75038 Paris cedex 01 📞 01 44 76 68 68 🌐 mmj.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le N° Siren 775 657 521



MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances, Immatriculée au RCS PARIS n° 507 648 053, Siège social : 4 place Raoul Dautry 75 741 Paris Cedex 15.



FILASSISTANCE SERVICES, SAS au capital de 350 000 euros (€) régie par le code des assurances. RCS 488 820 440 Paris - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex.



IMA ASSURANCES, Société Anonyme au capital social de 7.000.000 €, régie par le Code des Assurances. SIREN 481 511 632 RCS Niort - SIRET 481 511 632 00012 - Siège social : 118, avenue de Paris CS 40 000 79 033 Niort Cedex 9