

NOTICE D'INFORMATION

DU CONTRAT

PLURIO CAPITAL MI-02

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2010

I. Objet du contrat et définitions

I.1 Objet

En application des statuts de sa Mutuelle, tout membre participant ou membre associé peut à titre facultatif et sous réserve des conditions précisées au paragraphe 2.1 :

- adhérer au contrat PLURIO CAPITAL souscrit par sa Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur »), pour bénéficier de la garantie individuelle Capital Décès décrite ci-après ;
- inscrire audit contrat son conjoint ou personne assimilée, pour permettre à ce ou cette dernière d'être couvert par la même garantie.

Ce contrat est régi par le code des Assurances.

Il a pour objet le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés en cas de décès de l'assuré conformément aux dispositions définies au paragraphe 3.1, ci-dessous.

I.2 Définitions

L'adhérent est le membre participant ou le membre associé de la Mutuelle, ayant adhéré au contrat et/ou inscrit au contrat son conjoint ou personne assimilée. L'adhérent est appelé **preneur d'assurance** lorsqu'il inscrit au contrat son conjoint ou personne assimilée.

La personne assimilée à un conjoint est la personne déclarée comme telle lors de l'inscription au contrat.

L'assuré est celui sur la tête duquel repose le risque. L'assuré peut être l'adhérent, le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent.

L'enfant à charge est l'enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, dont l'adhérent au contrat pourvoit aux besoins et assure l'entretien, de manière effective et permanente, et qui est :

- âgé de moins de 21 ans et non salarié,
- ou âgé de moins de 26 ans s'il poursuit des études.

L'enfant à charge est entendu comme l'enfant « fiscalement » à charge.

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

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

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2009 est de 55,1217 euros.

2. Adhésion au contrat

2.1 Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au groupe 2 du contrat visé au paragraphe 3.2 ci-dessous :

- les membres participants ou associés de la Mutuelle, âgés de moins de 64 ans à la date de la demande d'adhésion ;
- les conjoints ou personnes assimilées des membres participants ou associés de la Mutuelle, âgés de moins de 64 ans à la date de la demande d'adhésion. L'âge pris en compte est celui du conjoint ou personne assimilée.

Lorsque l'inscription du candidat intervient avant son 45^{ème} anniversaire, celui-ci doit remplir en même temps que le bulletin d'adhésion, une déclaration d'état de santé et si nécessaire un questionnaire de santé.

Lorsque l'inscription du candidat intervient entre son 45^{ème} et son 64^{ème} anniversaire, celle-ci est conditionnée par l'acceptation par le médecin conseil de l'Assureur sur la base du questionnaire de santé à remplir en même temps que le bulletin d'adhésion.



2.2 Demande d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli, daté et signé, transmis à la Mutuelle accompagné du questionnaire de santé. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle.

Dans le cas où la demande d'adhésion concerne le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, le bulletin d'adhésion doit être daté et signé conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée qui donne son consentement à l'assurance.

Lors de l'adhésion au contrat de l'adhérent et/ou de son conjoint ou personne assimilée, l'adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

En cas de mutation, si le membre participant ou associé de la Mutuelle adhère à une autre mutuelle ayant également souscrit au contrat PLURIO CAPITAL, l'assuré est maintenu au contrat aux mêmes conditions de garantie et de tarif, sans formalité médicale.

2.3 Délai de renonciation

Dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où l'adhérent a été informé de la prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut renoncer à son adhésion, à celle de son conjoint ou personne assimilée, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à sa Mutuelle.

« *Je soussigné(e) (Nom, prénom), demeurant.....
.....
(adresse complète), déclare renoncer au contrat Plurio Capital MI-02, que j'ai signé le.....
et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de €.
Date et Signature »*

Dans le cas où la renonciation concerne l'adhésion du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la demande est signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée.

Dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la Mutuelle, celle-ci restitue l'intégralité de la cotisation versée par l'adhérent renonçant. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration du délai.

2.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

Sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur.

Le renouvellement de la couverture est annuel à la date du 1^{er} janvier et donne lieu à l'envoi par la Mutuelle à chaque adhérent d'un certificat d'inscription précisant les conditions de la garantie de la personne assurée.

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

2.5 Nullité du contrat

L'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent ou l'assuré au contrat, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est nulle.

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



3. Garantie Capital Décès

3.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit aux assurés au contrat le versement d'un capital, si leur décès survient avant le 31 décembre de l'année de leur 65^{ème} anniversaire.

Outre le capital souscrit, en cas de décès du conjoint ou personne assimilée survenu simultanément ou dans les douze mois qui suivent le décès de l'assuré au contrat, un capital est versé aux enfants à charge au sens du contrat.

Ce capital est du même montant que le capital souscrit.

3.2 Montant

Le contrat comporte deux groupes de garanties :

- Groupe 1 : Fermé à l'adhésion

Ce groupe concerne uniquement les adhérents présents au contrat avant le 31 décembre 2009.

Le capital décès est exprimé en nombre de points.

La valeur du point au 1^{er} janvier 2010 est de 1,70 euros. La valeur du point est indexée chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente. La valeur ainsi calculée est arrondie au centime d'euro supérieur.

Le capital décès est fixé à 1.000 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 1.000 points, jusqu'à un plafond de 50.000 points.

- Groupe 2 : Ouvert à tous les adhérents à compter du 1^{er} janvier 2010

Le capital décès est exprimé en euro.

Le capital décès est fixé à 10.000 euros minimum.

Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix de l'adhérent, par tranche de 10.000 euros, jusqu'à un plafond de 100.000 euros.

3.3 Bénéficiaire

Les bénéficiaires du capital décès sont ceux désignés.

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

- **la formule générale :**

" Mon conjoint non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé, à défaut mon concubin ou partenaire de PACS (celui-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1^{er} degré, à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, à défaut, la Mutuelle Souscriptrice."

- **toute autre formule particulière**, (à utiliser notamment lorsque l'assuré souhaite désigner la personne assimilée à son conjoint comme bénéficiaire).

Dans le cas où l'assuré est le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, l'assuré et l'adhérent preneur d'assurance désignent conjointement le ou les bénéficiaires.

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

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



3.4 Modification du montant de la garantie

L'adhérent peut demander en cours de contrat une modification du montant de sa garantie, celle de son conjoint ou personne assimilée dans le cadre des tranches et du plafond définis au paragraphe 3.2.

La demande doit être notifiée à la Mutuelle, et dans le cas où celle-ci concerne la garantie du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la lettre doit être signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée.

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

Lorsque l'adhérent demande une augmentation de montant, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues au paragraphe 2.1. La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de l'Assureur.

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

4. Risques exclus

Sont exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement les décès résultant :

1. du suicide volontaire de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ;
2. de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
3. directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
4. de la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions ;
5. de l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin ;
6. du risque de navigation aérienne lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'assuré.

5. Cotisations

5.1 La cotisation due au titre de l'adhésion au contrat de l'adhérent et/ou de son conjoint ou personne assimilée est appelée par la Mutuelle à l'adhérent. Elle peut être précomptée automatiquement sur le traitement ou pension de l'adhérent dans les conditions déterminées par la Mutuelle.

5.2 La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la **date de la demande d'adhésion** au contrat et du montant de garantie choisi, en application du barème des cotisations annexé à la présente notice.

5.3 Pour le groupe I uniquement, la cotisation est indexée chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente et arrondie au centime d'euro le plus proche.

5.4 Pour les adhérents au groupe I uniquement, la cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie, en fonction des résultats du contrat.

5.5 Pour tous les groupes, en cas d'augmentation du montant de la garantie, la cotisation supplémentaire est calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la **date de la demande de modification** de montant et de la nouvelle tranche de garantie choisie. En cas de diminution du montant de la garantie, la nouvelle cotisation est calculée au prorata de la réduction du montant.

5.6 Tout mois commencé est dû.



6. Mise en œuvre de la garantie

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

- un acte de décès de l'assuré ;
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- le bulletin d'adhésion de l'assuré au contrat lorsque le décès est intervenu moins de 12 mois après l'adhésion ;
- tout document établissant la clause bénéficiaire ;
- toutes justifications utiles de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires.

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

7. Prescription, déchéance

7.1 Toutes actions dérivant du contrat, notamment les demandes de prestation, se prescrivent par 2 ans lorsque le bénéficiaire est l'adhérent preneur d'assurance, par 10 ans dans les autres cas.

7.2 A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée au bénéficiaire, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.

8. Radiation du contrat et maintien de la garantie

8.1 Radiation du contrat

L'inscription de l'assuré au contrat cesse en cas de :

- demande de résiliation formulée par l'adhérent par lettre recommandée adressée à sa Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'inscription cesse le 31 décembre de l'année. Lorsque la résiliation concerne l'adhésion du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la lettre est signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée ;
- décès de l'assuré, au jour du décès ;
- perte de la qualité de membre participant ou associé de la Mutuelle du preneur d'assurance, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- non paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure déterminée à l'Article L. 141-3 du Code des Assurances;
- résiliation du contrat PLURIO CAPITAL, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

8.2 Souscription d'un contrat par l'assuré en cas de radiation du contrat par l'adhérent preneur d'assurance

Lorsque l'adhérent preneur d'assurance demande la radiation du contrat de son conjoint ou personne assimilée, ce ou cette dernière peut souscrire un nouveau contrat aux mêmes conditions, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de membre participant ou associé de la Mutuelle en application des statuts de celle-ci.

8.3 Maintien de la garantie en cas de décès de l'adhérent preneur d'assurance

Lors du décès de l'adhérent preneur d'assurance, l'assuré, son conjoint ou personne assimilée assuré au contrat peut, s'il en fait la demande, être maintenu au contrat aux mêmes conditions, avec l'accord de la Mutuelle.

La demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle moins de 12 mois après le décès de l'adhérent. Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date du décès de l'adhérent, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture. La cotisation est appelée à l'assuré par la Mutuelle selon les modalités fixées par celle-ci.



9. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) s'assure du respect des engagements contractés par la Mutuelle à l'égard de ses membres participants et de ses 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 présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles dont les coordonnées sont les suivantes:

ACAM
61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09





Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS
62, RUE JEANNE D'ÂRC - 75640 PARIS CEDEX 13