

NOTICE D'INFORMATION

DU CONTRAT PRÉMUO

N°M022

Souscrit par la MGEFI
(Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances
et de l'Industrie)

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2010

I. Objet du contrat et principes généraux

I.1 Objet

Prémuo est un contrat collectif régi par le Code des Assurances souscrit par la MGEFI (ci-après désignée « la Mutuelle ») auprès de MFPrévoyance (ci-après désigné « l'Assureur »).

Il s'exerce conformément aux statuts de la Mutuelle.

Le contrat est formé de manière indissociable des Dispositions Communes, des Caractéristiques Spécifiques des garanties et de l'annexe dans lesquelles sont précisées les garanties souscrites.

L'objet du contrat 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.

I.2 Principes généraux

I.2.1 Les garanties choisies sont collectives et indissociables de l'appartenance à la Mutuelle.

I.2.2 Les personnes ont donné préalablement leur consentement et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des garanties résumées dans la présente notice qui leur a été remise.

I.2.3 La Mutuelle informe les adhérents au contrat des modifications apportées à la présente notice.

I.3 Définitions

I.3.1 **L'adhérent** est le membre participant direct de la Mutuelle répondant aux conditions d'adhésion de l'article 2.1 et acquittant sa cotisation.

I.3.2 **L'accident** est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'adhérent et entraînant une atteinte corporelle. Sont réputés répondre à cette définition les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration. Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

I.3.3 **Le Traitement Indiciaire Brut (TIB)** est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice net majoré multiplié par la valeur du point de la Fonction Publique d'Etat à la date de calcul.

I.3.4 **Le Point de la Fonction Publique** est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2009 est de 55,1217 euros.

I.3.5 **Le bénéficiaire** est la personne qui recevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

2. Règles communes

2.1 Adhésion au contrat

2.1.1 L'adhésion au contrat est obligatoire pour :

1. l'ensemble des personnels fonctionnaires (titulaires et stagiaires) et agents de droit public, gérés par le ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi ou le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, quels que soient leur position administrative (agents accueillis en détachement, agents partis en détachement, mises à disposition sortantes, agents en congé parental, agents mis en disponibilité d'office ou en disponibilité de droit), le statut de la structure (services ministériels et organismes dans la sphère des ministères économique et financier : établissements publics administratifs, groupements d'intérêt public, autorités administratives indépendantes, ...) et le lieu d'exercice des fonctions (France métropolitaine, DOM et collectivités d'outre-mer, Nouvelle-Calédonie et étranger) ;

2. les retraités ayant exercé une des fonctions ci-dessus.



Elle est facultative pour :

3. les membres participants directs de la mutuelle, salariés de droit privé.

L'adhésion au contrat est soumise aux formalités décrites à l'article 2.1.2 ci-après.

2.1.2 Demande d'adhésion

La Mutuelle fait établir par le candidat une demande d'adhésion au contrat, par laquelle il précise son identité, l'option de garantie choisie et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture.

Il donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice et indique les bénéficiaires du capital « décès ».

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

• Questionnaire de santé

Pour les membres participants directs définis au 1. et 2. de l'Article 2.1.1 ci-dessus

Lorsque le candidat à la couverture au titre du contrat est présent depuis plus de 5 ans dans la fonction publique et que la demande d'adhésion a lieu postérieurement aux 12 premiers mois suivant la date de prise d'effet du contrat ou que le candidat n'était pas couvert immédiatement auparavant par un contrat mis en place dans le cadre du référencement défini par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007, alors le candidat doit remplir un questionnaire de santé.

Ce questionnaire est à placer sous pli confidentiel et à adresser par le candidat au médecin-conseil de l'Assureur agrafé à la demande d'adhésion. La durée de validité du questionnaire de santé est de trois 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 doit accepter explicitement, par écrit, le tarif risque aggravé défini aux en annexe.

Pour les membres participants directs définis aux 3. de l'Article 2.1.1 ci-dessus

Le membre de la Mutuelle doit être âgé de moins de 45 ans pour être admis au contrat sans formalité médicale.

L'âge est apprécié à la date de la demande d'adhésion au contrat.

2.1.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Exception :

◆ dans le cas d'une adhésion soumise à formalité médicale, celle-ci prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur et l'adhérent.

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

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

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

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

2.1.4 Choix de l'option

A l'adhésion, le membre participant choisit l'une des options visées en annexe de la présente notice.

En cours de contrat, le membre participant peut changer d'option. Ce changement prend effet le 1^{er} janvier de l'année N+2, N étant l'année de la demande de changement.



2.2 Radiation du contrat

2.2.1 L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- ◆ décès de l'adhérent au contrat, au jour du décès,
- ◆ perte de la qualité de membre participant direct de la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité quel qu'en soit le motif (démission, radiation ou exclusion du membre participant direct de la Mutuelle),
- ◆ non paiement de sa cotisation, conformément à la procédure déterminée à l'article L.141.3 du Code des Assurances,
- ◆ résiliation du contrat frais de santé de la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de la résiliation à l'exception des adhérents placés en cotisation de maintien pour les frais de santé,
- ◆ résiliation du contrat, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

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

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

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

2.3 Les termes de garanties

Le terme des garanties est défini aux Caractéristiques spécifiques à chaque garantie.

2.4 Cotisations

2.4.1 Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement lors du renouvellement et valent pour toute l'année civile. Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'adhérent (activité, âge, TIB, ou tout autre facteur intervenant dans la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion.

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

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

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

a) les membres participants directs actifs :

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

- S'ils sont **fonctionnaires** :

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

- S'ils sont **non-fonctionnaires** :

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

b) les adhérents au contrat bénéficiaires d'un congé parental, placés en situation de chômage, admis à la retraite avec jouissance différée, en situation de congé de fin d'activité ou en situation de disponibilité :

- S'ils sont **fonctionnaires** :

Le traitement indiciaire brut correspondant au dernier indice d'activité avant la prise d'effet de la situation visée ;

- S'ils sont **non-fonctionnaires** :

Le dernier salaire annuel brut soumis à cotisations sociales avant la prise d'effet de la situation visée ;

c) Pour les adhérents au contrat fonctionnaires en situation de détachement :

le traitement indiciaire brut correspondant au dernier indice connu de la Mutuelle lors du calcul des cotisations de renouvellement. En tout état de cause, c'est ce traitement indiciaire brut qui servira de base aux prestations assises sur l'assiette de cotisation.



d) les membres participants directs retraités :

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

• S'ils sont **fonctionnaires** :

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

• S'ils sont **non-fonctionnaires** :

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

2.4.4 Les prestations garanties de l'année N sont calculées sur la base du traitement de référence défini comme précédemment.

2.4.5 Réduction Jeunes

Le taux de cotisation est réduit pour les adhérents au contrat âgés de moins de 35 ans qui souscrivent l'option I du contrat.

2.5 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 1.3.4. 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.

2.6 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques, dénommées rentes, sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'Article 1.3.4 de la présente notice, 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.

2.7 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre de ce contrat sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

2.8 Forclusion et prescription

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

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

Les délais sont interrompus par la citation en justice, l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception et la désignation d'un expert.

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

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



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

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

2.9 Contrôle médical et conciliation

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

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

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

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

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

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

2.10 Risques exclus

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

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



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

- **du suicide de l'adhérent survenant dans les 12 mois suivant l'admission dans l'assurance. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**
- **de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.**

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

2.11 Autorités 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 les Mutuelles à l'égard de leurs membres participants et de leurs bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le contrat, 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



3. Garantie Décès

3.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit à l'adhérent au contrat, si son décès survient avant le 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite, le versement d'un capital exprimé en pourcentage de l'assiette de cotisation, aux bénéficiaires désignés.

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

3.2 Bénéficiaires du capital « décès »

Les bénéficiaires sont ceux désignés par l'adhérent.

A l'inscription, l'adhérent a le choix entre deux formules :

■ la formule générale suivante :

" au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
à défaut, au concubin ou au partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
à défaut, aux descendants vivants ou représentés ;
à défaut, aux ascendants ;
à défaut, aux héritiers conformément aux principes du droit des successions ;
à défaut, à la MGEFI. "

■ ou toute formule particulière différente, à utiliser notamment lorsque l'adhérent souhaite désigner nommément une personne comme bénéficiaire (indiquer les nom, prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

A défaut du choix d'une formule par l'adhérent, la formule générale s'applique.

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

3.3 Formalités en cas de sinistre

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

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

4. Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

4.1 Objet de la garantie

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

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

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

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

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



4.2 Formalités en cas de sinistre

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

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

- 4.2.3 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 2.9 des Dispositions Communes.

5. Garantie Rente Survie

5.1 Objet de la garantie

- 5.1.1 L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'enfant handicapé de l'adhérent au contrat en cas :
- de décès de l'adhérent,
 - ou d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) de l'adhérent, tel que définie à l'article 4.1.2, lorsque celle-ci survient avant son 65^{ème} anniversaire.

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

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

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

5.2 Formalités en cas de sinistre

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

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

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

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

- l'imprimé IPA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'adhérent au contrat attestant que celui-ci est définitivement



incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une autre personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,

- une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'adhérent ou son représentant légal,
- si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale,
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

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

5.3 Modalités de versement des prestations

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

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

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

5.3.2 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 2.9 des Dispositions Communes.

5.3.3 Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier de l'année civile dans les conditions définies à l'article 2.6.

5.3.4 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.

6. Garantie Dépendance

6.1 Objet de la garantie

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

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

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

6.1.2 Reconnaissance de la dépendance

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

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

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

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

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



6.2 Délai de franchise

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

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

6.3 Formalités en cas de sinistre

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

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou du médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'adhérent au contrat, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur ;
- en outre, en cas d'hospitalisation en long ou moyen séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement prévue par l'Assureur ;
- la décision du président du Conseil Général du département de résidence de l'adhérent relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 ;
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat (fourni par la Mutuelle) ;
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

6.3.2 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 2.9 des Dispositions Communes.

6.4 Modalités de versement des prestations

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

Lorsque le bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance énoncés à l'article 6.1.2, sa rente est suspendue. Si l'état de l'adhérent au contrat justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise.

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

6.4.2 Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier de l'année civile dans les conditions définies à l'article 2.6.

6.4.3 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.

6.5 Modification de la situation de l'adhérent bénéficiaire

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

6.6 Cessation du paiement de la rente dépendance

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





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