

Assurance Prévoyance Complémentaire

Document d'information sur le produit d'assurance.

Compagnie : MFPrévoyance, Société régie par le Code des assurances et immatriculée en France.

Produit : Contrat collectif à adhésion facultative PLURIO DEPENDANCE n° MI-06.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance prévoyance complémentaire est un contrat collectif à adhésion facultative. Il est souscrit par la **Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGEFI)** au profit de ses Adhérents, personnes physiques membres participants. Il a pour objet de permettre à l'Adhérent et son Conjoint, Concubin et/ou Partenaire en situation de dépendance partielle ou totale de bénéficier du versement d'une rente mensuelle.



Qu'est-ce qui est assuré ?

La rente versée est égale à 100 % du montant de garantie choisi par l'Assuré selon les tranches et les plafonds applicables.

GARANTIES PROPOSEES :

Rente dépendance totale : Versement, à terme échu, d'une rente mensuelle exprimée en euros au profit de chaque Assuré :

- La couverture varie en fonction du nombre de tranches choisies par l'Assuré, comprises entre 2 à 20.
- Le montant de la rente est égal au nombre entier de tranches choisi par l'Adhérent multiplié par la valeur d'une tranche.
- La valeur d'une tranche au 1^{er} janvier 2020 est de 103 €.
- Ce nombre peut être augmenté ou diminué, au choix de l'Assuré.

Le montant de la rente peut être compris entre 206 € et 2060 € / mois par Bénéficiaire.

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

- Est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre (4) actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

Les quatre (4) actes ordinaires de la vie sont définis 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 ;

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.

Option groupe iso-ressource 4 (ci-après « GIR 4 »)

Dépendance partielle :

Sous réserve de souscrire à l'option, l'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré en situation de dépendance partielle.

- La rente versée est égale à 50 % du montant de garantie choisi par l'Assuré, dans le cadre des tranches et du plafond applicable.

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

- est classé dans le GIR 4 en application de la grille d'évaluation AGGIR mise au point et diffusée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique décrite à l'annexe 1 du décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 publié au Journal Officiel du 21 novembre 2001 ;

- se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer seul au moins trois (3) des quatre (4) actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller ;

- et est reconnu comme répondant aux deux critères précédents par le Médecin conseil de l'Assureur.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- * Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Ne sont pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux cas suivants :

PRINCIPALES EXCLUSIONS APPLICABLES A LA GARANTIE

! 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 ;

! De la participation à des paris, des défis, des tentatives de records, des compétitions ;

! Du risque de navigation aérienne lorsque l'Adhérent 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'Adhérent ;

! De toute atteinte, volontaire et consciente, par l'Adhérent à son intégrité physique ;

! D'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement ;

! De luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'Adhérent ;

! 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 ;

! De la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel (il est précisé que la dépendance résultant de la pratique professionnelle de conduite de véhicules terrestres ou nautiques ainsi que du pilotage d'aéronefs, n'est pas exclue de la garantie) ;

! Directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Adhérent y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Délai d'attente :** En cas de modification à la hausse ou à la baisse du niveau de garantie choisi par l'Adhérent.

Restrictions en cas de Dépendance totale :

! **Délai de franchise continue :** Pendant cette période aucune prestation n'est versée. Le délai court à compter du lendemain 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 ;

180 jours dans les autres cas.

Cessation des prestations

! Quand l'Assuré ne répond plus à la définition contractuelle de la Dépendance totale et/ou partielle.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Union Européenne.
- ✓ Hors Union Européenne.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, l'Assuré doit :

A l'adhésion au contrat

- Etre adhérent à la Mutuelle souscriptrice ;
- Avoir la qualité de Conjoint, Concubin et/ou Partenaire de l'Adhérent ;
- Etre âgés de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion pour l'Adhérent et son Conjoint/Concubin et/ou Partenaire ;
- Régler la cotisation indiquée au contrat ;
- Remplir avec exactitude, daté et signé le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle souscriptrice ;
- Fournir tout document ou justificatif demandé par l'Assureur ;
- Remplir les formalités médicales demandées par l'Assureur en renseignant le questionnaire de santé fournis par la Mutuelle souscriptrice ;
- Signaler toute évolution de l'état de santé de l'Adhérent entre la date des formalités médicales et la prise d'effet des garanties ;
- Transmettre sous pli confidentiel le questionnaire médical rempli et signé par l'Adhérent au Médecin Conseil de l'Assureur ;

En cours de contrat

- Régler la cotisation indiquée au contrat ;
- Notifier par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, toute modification de situation pouvant avoir un impact sur l'appréciation du risque par l'Assureur conduisant soit à une diminution ou soit à une augmentation du risque en déclarant ces circonstances (à l'Assureur) dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;
- Déclarer à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, tout changement de Mutuelle souscriptrice.
- Transmettre annuellement à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie ainsi que d'une attestation d'hébergement pour les Bénéficiaires d'une rente dépendance hospitalisation, à faire remplir par le responsable de l'établissement dans lequel l'Assuré est hébergé.

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice dans un délai maximum de 2 mois suivant la date du sinistre en renseignant le formulaire de demande de prestation et, sous réserve des conditions relatives à la prescription fixées au contrat ;
- Fournir les pièces justificatives prévues par le contrat dans un délai maximum de 2 mois suivant la date du sinistre ou la date de demande de pièces complémentaires et, sous réserve des conditions relatives à la prescription fixées au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Modalités de paiement :

- La cotisation est payable par l'Adhérent et/ou son représentant légal annuellement à la Mutuelle souscriptrice.
- La cotisation due au titre de la garantie sera soit prélevée annuellement, directement sur le compte bancaire de l'Adhérent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal ou soit versée par chèque libellé à l'ordre de la Mutuelle souscriptrice.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Sous réserve du paiement de la première cotisation, les garanties prennent effet pour chaque Assuré soit le premier jour du mois suivant l'acceptation par le Médecin conseil de l'Assureur à condition que l'Adhérent demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de rétractation.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (31 décembre) sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Le droit à garantie cesse pour chaque Assuré :

- A la date du décès de l'Assuré ;
- Au jour de la prise d'effet de l'exclusion de l'Adhérent au contrat pour défaut de paiement de cotisation tel que prévu à l'Article L. 141-3 du Code des assurances ;
- Au jour de la prise d'effet de la perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice ;
- Au jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur ;
- Au jour de la prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat.

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance), l'Adhérent bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat n°MI-06, par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec avis de réception adressé à la Mutuelle souscriptrice avec un préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat.