

Contrat Premuo M022

Notice d'information à effet du 1^{er} janvier 2024



Notice d'information Premuo M022

(applicable au 1^{er} janvier 2024)

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT ET PRINCIPES GÉNÉRAUX	page 4
Article 1.1 : Objet	page 4
Article 1.2 : Principes généraux	page 4
Article 1.3 : Définitions	page 4
ARTICLE 2 – RÈGLES COMMUNES	page 7
Article 2.1 : Conditions d'adhésion au contrat	page 7
Article 2.1.1 : Conditions d'éligibilité	page 7
Article 2.1.2 : Demande et formalité d'adhésion	page 7
Article 2.1.3 : Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat	page 8
Article 2.1.4 : Choix de l'option et délai de carence	page 8
Article 2.2 : Terme de l'adhésion	page 8
Article 2.2.1 : Résiliation et cessation des garanties du contrat	page 8
Article 2.2.2 : Fausse déclaration – déclaration inexacte – omission	page 9
Article 2.2.3 : Renonciation à l'adhésion	page 9
Article 2.3 : Terme de garanties	page 10
Article 2.4 : Cotisations	page 10
Article 2.4.1 : Montant et assiette de cotisation	page 10
Article 2.4.2 : Paiement des cotisations et défaut de paiement des cotisations	page 11
Article 2.4.3 : Révision de la cotisation	page 11
Article 2.5 : Revalorisation des garanties forfaitaires	page 11
Article 2.6 : Revalorisation en cas de Décès de l'Adhérent	page 11
Article 2.7 : Revalorisation des prestations périodiques en cours de service	page 12
Article 2.8 : Versement des prestations	page 12
Article 2.9 : Délai de déclaration de sinistre – Déchéance et Prescription	page 12
Article 2.9.1 : Délai de déclaration de sinistre	page 12
Article 2.9.2 : Prescription	page 12
Article 2.10 : Contrôle médical et conciliation	page 13
Article 2.11 : Risques exclus	page 14
Article 2.12 : Autorité de contrôle	page 14
Article 2.13 : Renseignements, réclamations et médiation	page 14
Article 2.14 : Secret médical	page 15
Article 2.15 : Notice d'information	page 15

ARTICLE 3 – GARANTIE DÉCÈS	page 16
Article 3.1 : Objet et montant de la garantie	page 16
Article 3.2 : Bénéficiaires du capital « décès »	page 16
Article 3.3 : Formalités en cas de sinistre	page 16
ARTICLE 4 – GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA)	page 17
Article 4.1 : Objet de la garantie	page 17
Article 4.1.1 : Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue (IPA)	page 17
Article 4.1.2 : Bénéficiaires du capital IPA	page 17
Article 4.2 : Formalités en cas de sinistre	page 17
ARTICLE 5 – GARANTIE RENTE VIAGÈRE POUR ENFANT HANDICAPÉ	page 17
Article 5.1 : Objet de la garantie	page 17
Article 5.2 : Formalités en cas de sinistre	page 18
Article 5.3 : Modalités de versement des prestations	page 18
ARTICLE 6 – GARANTIE DÉPENDANCE	page 18
Article 6.1 : Objet de la garantie	page 18
Article 6.2 : Délai de franchise	page 19
Article 6.3 : Formalités en cas de sinistre	page 19
Article 6.4 : Modalités de versement des prestations	page 19
Article 6.5 : Modification de la situation de l'Adhérent bénéficiaire	page 20
Article 6.6 : Cessation du paiement de la rente dépendance	page 20
ANNEXE 1 – MONTANTS DE GARANTIES ET DE COTISATIONS	page 21
ANNEXE 2 – MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE	page 25

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 – Objet et principes généraux

Article 1.1 – Objet

PREMUO M022 est un contrat collectif à adhésion obligatoire, souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de CNP Assurances (ci-après dénommée « l'Assureur »).

Il s'exerce conformément aux statuts de la Mutuelle Souscriptrice.

Il relève des branches 1) Accident, 2) Maladie et 20) Vie-Décès 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 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.

Article 1.2 – Principes généraux

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

Les Adhérents ont donné préalablement leur consentement et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des garanties résumées dans la présente notice d'information qui leur a été remise.

La Mutuelle Souscriptrice informe les Adhérents des modifications apportées à la notice trois mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Article 1.3 – Définitions

L'Accident est défini comme tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Adhérent, directement et exclusivement responsable d'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 actes médicaux ou chirurgicaux ne sont pas considérés comme accidentels, s'ils ne découlent pas directement et exclusivement de l'Accident.

La preuve du lien de causalité entre l'Accident et la réalisation d'un risque susceptible de mettre en jeu une prestation garantie par le contrat, incombe au Bénéficiaire.

Les quatre (4) actes ordinaires de la vie quotidienne sont entendus comme suit :

- 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 laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
- 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 direct de la Mutuelle Souscriptrice répondant aux conditions d'adhésion de l'article 2.1 « Conditions d'Adhésion au contrat » et acquittant sa cotisation.

L'Assiette de cotisation est définie selon la population assurée et visée à l'article 2.4 « Cotisation » de la présente notice.

L'Assiette de prestations est définie par l'assiette

de cotisation.

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 CNP Assurances (Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, 341 737 062 R.C.S. Nanterre, dont le siège social est 4, promenade Coeur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux).

Ayants-droit : Sont considérés comme Ayants-droit, les Conjoints, Concubins et Partenaires de PACS, ainsi que les Enfants à charge de l'Adhérent, du Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, tels que définis au présent article.

La Base de garantie correspond pendant toute la durée du contrat à l'assiette retenue pour l'application du taux de la cotisation d'assurance et des prestations définis par le contrat au titre des prestations garanties.

Les cotisations et les prestations garanties de l'année N sont calculées sur la base d'un traitement de référence défini selon la population assurée et visée à l'article 2.4.1 « Montant et Assiette des cotisations » de la présente notice.

Pour les Adhérents au contrat exerçant une activité à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'assiette est déterminée en fonction du régime de travail en vigueur à la date du 1^{er} janvier de l'année civile. Elle peut être modifiée lors du renouvellement du contrat.

Pour l'Adhérent en congé parental, placé en situation de chômage, admis à la retraite avec jouissance différée, en situation de congé de fin d'activité ou en situation de disponibilité, l'assiette de cotisation est égale à celle d'une activité à temps plein.

Pour les Adhérents qui ne déclarent pas chaque année leurs revenus (TIB ou Salaire), les derniers revenus connus de la Mutuelle souscriptrice servent à déterminer l'assiette annuelle de cotisation et les prestations versées au titre du contrat sont calculées sur cette base.

La base d'assurance retenue pour le calcul des prestations est celle qui s'applique à la date de

survenance du sinistre. Cette base reste inchangée pendant toute la durée de la prise en charge liée à ce sinistre.

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

Le Conjoint est la personne mariée à l'Assuré, non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge. 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 caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil). Dans le cadre de la présente notice d'information, le Concubin est assimilé au Conjoint.

Le Déléataire de gestion est la personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions.

Il s'agit de la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGÉFI), Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité Code SIREN numéro 499982098. Dont le siège social est sis

6 rue Bouchardon
CS 50 070
75481 Paris Cedex 10

Enfant à charge : Sont considérés comme Enfants à charge de l'Adhérent, les enfants :

- Âgés de moins de 18 ans ;
- Âgés de plus de 18 ans et de moins de 28 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage.
- Quel que soit leur âge s'ils sont handicapés et

titulaires de la carte mobilité inclusion prévue par le Code de l'action sociale et des familles.

Le Fonctionnaire (ou agent public) est la personne employée et nommée par une personne publique dans un emploi permanent et titularisée à son poste dans un grade de la hiérarchie administrative. Le traitement de ce dernier est calculé par référence aux indices de la Fonction Publique.

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 au bénéfice de ses Membres Participants.

Le Non-Fonctionnaire : Désigne toute personne ne remplissant pas les conditions pour être Fonctionnaire.

Le Partenaire est la personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en cours de validité et conclu conformément à l'article 515-1 du Code civil. Dans le cadre de la présente notice, le Partenaire est assimilé au Conjoint.

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 annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 907,34 euros depuis le 1er juillet 2023. La valeur du point au 1er janvier 2024 est donc de 4,92 euros. Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du Point, l'Adhérent peut se référer au site : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/connaître-point-dindice>.

Les Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères sont des personnes dont la résidence est située sur le territoire national, dans un autre État membre de l'Union européenne (UE) ou un pays tiers et qui sont exposées à « risques plus élevés » de blanchiment de capitaux, notamment de corruption, 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 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 les membres directs de la famille et les personnes qui sont étroitement associés aux PPE (article R 561-18 II et III du Code monétaire et financier).

La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'article 2.9 « Délai de déclaration de sinistre – Déchéance et Prescription » de la présente notice.

Le Réclamant est toute personne formulant un mécontentement auprès de l'Assureur (assuré, bénéficiaire, ayants droits, y compris leurs mandataires, anciens clients, prospects).

Le Revenu est appelé Traitement Indiciaire Brut annuel (TIB) ou Salaire annuel brut. Il est déterminé selon les modalités définies à l'article 2.4.1 « Montant et assiette des cotisations » de la présente notice et, est arrondi à la centaine d'euros supérieure.

Le Salaire : il s'agit du salaire de base versé aux Non-Fonctionnaires, correspondant à la rémunération annuelle brute fiscale. Il s'entend hors prime.

La Territorialité : les Adhérents sont couverts pour les garanties prévues au contrat en France et à l'étranger.

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. Le TIB s'entend hors prime spéciale de résultats, primes de grade et de sujétion et hors prime de fonction.

Le Traitement de référence est la base de revenus sur laquelle les cotisations et les prestations garanties de l'année N sont calculées.

Article 2 – Règles communes

Article 2.1 – Conditions d'adhésion

2.1.1 – Conditions d'éligibilité

L'adhésion au contrat est obligatoire pour les Membres Participants de la Mutuelle Souscriptrice éligibles au bénéfice de l'offre référencée, à savoir :

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 : établissement publics administratifs, groupements d'intérêt public, autorités administratives indépendantes, ...) et le lieu d'exercice des fonctions (France métropolitaine, DROM et collectivités d'outre-mer, Nouvelle-Calédonie et étranger) ;
2. Les retraités ayant fait valoir, de façon effective leurs droits à la retraite et, ayant exercé une des fonctions ci-dessus ;
3. Les Membres Participants directs de la Mutuelle Souscriptrice, salariés de droit privé non bénéficiaires par ailleurs d'un contrat de prévoyance.

L'adhésion au contrat est soumise aux formalités décrites à l'article 2.1.2 « Demande et formalités d'adhésion » ci-après.

2.1.2 – Demande et formalité d'adhésion

Le Membre Participant de la Mutuelle souscriptrice répondant à la définition de l'article 2.1.1 de la

présente notice d'information doit remplir un bulletin de demande d'adhésion au contrat selon un modèle établi par l'Assureur, par lequel 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.

L'adhésion n'est soumise à aucune limite d'âge.

Il donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information et indique les bénéficiaires du capital « décès » dans les conditions prévues à l'article 3.2 « Bénéficiaires du capital décès » de la présente notice d'information.

Cette demande est datée et signée par le Membre participant.

Questionnaire de santé :

Les Membres participants bénéficient des garanties du contrat sans aucune formalité médicale.

Seuls les Membres participants présents depuis plus de cinq (5) ans dans la fonction publique doivent 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 à l'adresse suivante :

Mgéfi
6 rue Bouchardon
CS 50 070
75481 Paris Cedex 10

La durée de validité du questionnaire de santé est de trois mois à compter de la date de la signature apposée par le Membre participant.

L'adhésion est soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le Membre participant au questionnaire de santé et de toute autre pièce demandée par le médecin conseil.

Au terme de l'examen du dossier médical du Membre participant, l'Assureur peut :

- Accepter la demande d'adhésion ;
- Accepter la demande d'adhésion 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 Conditions Particulières.

La décision de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle Souscriptrice.

2.1.3 – Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat

En l'absence de formalités médicales, l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet au jour de la prise d'effet des garanties santé.

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

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation. Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérent doit régler d'avance sa première cotisation.

En cas de défaut du paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement et tacitement à la date du 1^{er} janvier.

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

Sauf disposition contraire précisée dans les caractéristiques Spécifiques des garanties, la prise d'effet de l'adhésion au contrat vaut pour toutes les garanties souscrites.

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

2.1.4 – Choix de l'option et délai de carence

A l'adhésion, le Membre Participant « actif » choisit l'une des options visées dans l'annexe 1 de la présente notice. Les niveaux de garanties sont définis dans l'annexe précitée.

En cours de contrat, le Membre participant « actif » peut changer d'option soit à la hausse (passage de l'option 1 à l'option 2) ou soit à la baisse (passage de l'option 2 à l'option 1). La demande de modification doit être formulée au plus tard le 31 octobre et prendra effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la demande.

En cas de modification du choix de l'option à la hausse :

- Aucun délai de carence ne sera appliqué aux Membres participants de la Mutuelle souscriptrice ;
- Aucun questionnaire de santé ne sera exigé.

Le Membre Participant direct « actif » ayant opté pour l'option 2, bénéficiera de manière automatique et obligatoire de l'option 1 dès le 1^{er} janvier de l'année qui suit l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite.

Il y aura dès lors une diminution des garanties pour le basculement de l'option 2 à l'option 1 et une diminution de la cotisation due par l'Assuré.

Pour les Adhérents bénéficiant d'une retraite pour invalidité, ce dispositif intervient au 1^{er} janvier de l'année qui suit le départ à l'âge légal à la retraite.

Les Membres participants directs « Retraités » tels que définis au point d) de l'article 2.4 « Cotisation » de la présente notice ne peuvent souscrire qu'à l'option 1 « Rente dépendance ».

Article 2.2 – Terme de l'adhésion

2.2.1 – Résiliation et cessation des garanties du contrat

Résiliation de l'Adhésion à l'initiative de l'Assureur :

L'adhésion peut être résiliée par l'Assureur ou son Délégué en cas de :

- Non-paiement de sa cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation de l'Adhérent et décrite à l'article 2.4.2 « Paiement des cotisations et défaut de paiement des cotisations » de la présente notice d'information, conformément à la procédure déterminée à l'article L.141.3 du Code des Assurances ;
- De fausse déclaration de l'Adhérent dans les conditions prévues à l'article 2.2.2 « Fausse déclaration -déclaration inexacte- omission » de la présente notice.

Résiliation unilatérale de l'Adhérent de son adhésion

L'Adhérent peut également demander la résiliation

de son adhésion :

- Dans les conditions prévues à l'article L. 113-16 du Code des assurances à savoir en cas de changement de profession; retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- En cas de non acceptation de la révision de la cotisation. La résiliation doit être réalisée dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat M022, par tout moyen en s'adressant à la Mgéfi à l'adresse suivante : Mgéfi, Direction Relation et Gestion Adhérents 6 rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 ou sur l'espace adhérent mgefi <https://espaceadherent.mgefi.fr/>

Cessation des garanties

L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- Décès de l'Adhérent, au jour du décès ;
- Perte de la qualité de Membre participant direct de la Mutuelle Souscriptrice, 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 Souscriptrice) ;
- Résiliation du contrat frais de santé de la Mutuelle Souscriptrice, 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, objet de la présente notice d'information, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

2.2.2 - Fausse déclaration - déclaration inexacte - omission

En outre, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi par l'Adhérent, tant lors de l'inscription qu'au cours de l'adhésion, quand cette réticence ou cette fausse 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 conformément aux dispositions de l'article L.113.8 du Code des assurances. 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. L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. En cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, l'Assuré produisant sciemment des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de son droit aux prestations telles que décrites dans le contrat.

2.2.3 - Renonciation à l'adhésion

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

Pour exercer ce droit de renonciation, l'Adhérent doit notifier sa volonté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception, au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

Mgéfi - Relation Adhérent
Service Développement
6 rue Bouchardon
CS 50070
75481 Paris Cedex 10

Ou par lettre recommandée à l'adresse électronique suivante : accueil@mgefi.fr.

Ce droit peut être exercé par une déclaration libre

ou au moyen du modèle de formulaire joint au Bulletin d'adhésion relatif au contrat.

En cas de renonciation, les sommes versées par l'Adhérent lui sont remboursées en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé pour la transaction initiale, dans un délai maximum de 30 jours suivant la réception de la demande de renonciation à l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'Adhérent a sollicité le profit de garanties pendant le délai de renonciation, ce dernier devra restituer un montant proportionnel de ce qui lui a été versé jusqu'au moment où la renonciation a été portée à la connaissance de la Mutuelle.

Le présent contrat étant couplé à un contrat santé de la Mutuelle souscriptrice du fait du référencement, la renonciation à l'un des contrats aura automatiquement pour effet la renonciation à l'autre contrat.

Article 2.3 - Terme de garanties

Le terme des garanties est défini aux caractéristiques spécifiques de chaque garantie.

Les prestations en cours de service et résultant d'un événement garanti continuent d'être versées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits en cas de perte de la qualité de Membre participant direct.

Article 2.4 - Cotisations

2.4.1 - Montant et assiette de cotisation

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.

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. 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 correspondant au dernier indice 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.

b) Les Adhérents, 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 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 Fonctionnaires en situation de détachement : le traitement indiciaire brut correspondant au dernier indice connu de la Mutuelle Souscriptrice 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 direct 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 Traitement Indiciaire Brut correspondant à l'indice servant au calcul de la pension ;

- S'ils sont Non-Fonctionnaires : la dernière pension annuelle brute soumise à cotisations sociales avant la prise d'effet de la situation visée.

e) Il n'est pas prévu d'âge maximum pour adhérer au contrat. Toutefois lorsque l'adhésion est postérieure de deux ans à l'entrée dans la fonction publique, la cotisation est majorée d'un coefficient calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique qui tiennent compte de l'âge du Bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire. Les cotisations sont établies en fonction du traitement ou de la rémunération.

2.4.2 - Paiement des cotisations et défaut de paiement des cotisations

La cotisation due est appelée par la Mutuelle Souscriptrice à l'Adhérent. Elle peut être précomptée automatiquement sur le traitement de référence ou la pension de l'Adhérent dans les conditions déterminées par la Mutuelle Souscriptrice.

Lorsque le précompte n'est pas possible, la cotisation sera prélevée sur le compte bancaire de l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice.

La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'Adhérent à la date de la demande d'adhésion au contrat et de l'option de garantie choisie, en application du barème.

Tout mois commencé est dû. Le montant de la cotisation de la première année est calculé en mois entiers prorata temporis pour la période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et le 31 décembre suivant.

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au moins 10 jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner, sans nouvel avis, sa radiation du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances.

2.4.3 - Révision de la cotisation

Les taux de cotisation peuvent être modifiés annuellement en fonction des résultats techniques et finan-

ciers du contrat, dans la limite des taux maximum définis à l'annexe 1.

Les taux maximum de cotisation sont révisables également à chaque échéance annuelle du contrat, après accord du Ministère, uniquement pour l'une des raisons suivantes et à condition qu'elles revêtent un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité ;
- Variation du niveau de la population ;
- Evolutions démographiques ;
- Modifications de la réglementation.

La modification du montant de la cotisation est alors notifiée à l'Adhérent 3 mois avant sa prise d'effet et est constatée par l'envoi d'un Certificat de garantie à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice.

L'Adhérent dispose alors d'un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification des cotisations pour refuser la révision de sa cotisation et, le cas échéant, résilier son adhésion. Ce délai court à compter du moment où il a eu connaissance de la révision de la cotisation.

Article 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 « Définitions » de la 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.

Article 2.6 - Revalorisation en cas de Décès de l'Adhérent

Concernant la garantie décès, dès la date du décès de l'Adhérent, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 3.3 « Formalités en cas de sinistre » de la présente notice, 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 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.

Article 2.7 - 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 « 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.

Article 2.8 - Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre du contrat sont versées suivant le choix de la Mutuelle Souscriptrice, soit directement aux Bénéficiaires par l'Assureur, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle Souscriptrice, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux caractéristiques spécifiques des Garanties de la notice. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

Dans le cadre des garanties décès, invalidité permanente et absolue, rente viagère pour enfant handicapé et dépendance, les prestations sont versées dans les 30 jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces demandées par l'Assureur.

Article 2.9 - Délai de déclaration de sinistre - Déchéance et Prescription

2.9.1 - Délai de déclaration de sinistre

A compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie du contrat, toute demande de prestations doit-être formulée à la Mutuelle souscriptrice dans les six (6) mois qui suivent la date à partir de laquelle les pres-

tations peuvent d'être servies et au plus tard dans les conditions définies ci-après. Toutefois, si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration de sinistre lui a causé un préjudice, il peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

2.9.2 - 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 deux (2) ans à compter de l'évènement à l'origine de cette action. Toutefois, ce délai ne court pas :

1°) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en 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.

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.

Article 2.10 - 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 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, dans les trois mois qui suivent cette décision, un certificat médical circonstancié 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 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 experts exerçant la médecine d'Assurance 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 en faisant l'avance.

Article 2.11 – Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties du contrat et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

- 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 ;
- Directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
- De la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions ;
- 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 ;
- Du risque de navigation aérienne lorsque l'Adhérent au contrat 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.

Sont exclus des garanties décès, rente viagère pour enfant handicapé suite à décès et n'entraînent aucun paiement, les décès résultant du suicide de l'Adhérent survenant dans les douze (12) mois suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

Sont exclus des garanties Invalidité Permanente et Absolue, rente survie suite à invalidité permanente et absolue et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

- 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 la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- 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.

Article 2.12 – 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 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 Prudentiel et de Résolution dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

Article 2.13 – Renseignements, réclamations et médiation

Les demandes d'information, de réclamation ou de médiation sont à réaliser selon les indications précisées en Annexe 1 de la présente notice d'information.

Article 2.14 - Secret médical

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

CNP Assurances
Protection Sociale
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 96938
95905 Cergy Pontoise Cedex 09

Article 2.15 - Notice d'information

Le Souscripteur remet aux Adhérents la présente notice, 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.

En cas de modification apportée au contrat, par l'Assureur ou par le Souscripteur, l'Adhérent sera informé des modifications à ses droits et obligations 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances.

CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

Article 3 - Garantie Décès

Article 3.1 - Objet et montant de la garantie

L'Assureur garantit à l'Adhérent, 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 de la notice d'information.

Article 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 :

« A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge, non divorcé ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), non séparé ou à défaut à mon Concubin (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;

- à défaut, à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à mes ascendants par parts égales ;
- à défaut à mes autres héritiers par parts égales entre eux, selon la dévolution successorale »

■ Toute formule particulière différente :

A utiliser notamment lorsque l'Assuré souhaite désigner nommément une personne comme Bénéficiaire (indiquer les noms, prénoms, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

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

La désignation des Bénéficiaires peut également être effectuée par acte sous signature privée ou par acte authentique. 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 et tant qu'elle a été reçue par l'Assureur avant le décès de l'assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s) ou à son (ses) représentant(s) légal (légaux).

Article 3.3 - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle Souscriptrice 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, notamment d'ordre médical, demandé(e)s par l'Assureur.

Article 4 - Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

Article 4.1 - 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, 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 IPA est précisé en annexe 1 à la présente notice d'information.

Dans l'hypothèse où le décès de l'Adhérent survient dans un délai de 12 mois suivant la reconnaissance de l'état d'IPA, le capital décès ne pourra être versé.

4.1.1 - 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 ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette) tels que définis à l'article 1.3 « Définitions » de la notice ;
- Reconnu par le Médecin Conseil de l'Assureur comme répondant aux critères ci-dessus.

4.1.2 - Bénéficiaires du capital IPA

Le capital garanti en cas de l'IPA est versé à l'Assuré ou à son représentant légal pour le compte de l'Assuré.

Article 4.2 - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle Souscriptrice 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 tierce personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette) tels que définis à l'article 1.3 de la présente notice d'information.

Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Il est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,

- Une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'Adhérent ou son représentant légal ;
- Si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale ;
- Toutes autres pièces ou formulaires, notamment d'ordre médical, demandé(e)s par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer le contrôle médical de l'Adhérent. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 2.10 « Contrôle médical et conciliation » de la présente notice d'information.

Article 5 - Garantie Rente viagère pour Enfant handicapé

Article 5.1 - Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente viagère de survie au profit de l'Enfant handicapé de l'Adhérent en cas :

- De décès de l'Adhérent ;
- Ou d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) de l'Adhérent, telle que définie à l'article 4.1.1 « Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) », lorsque celle-ci survient avant la date d'entrée en jouissance effective de ses droits à la

retraite.

Le montant de cette rente est précisé en annexe 1 à la présente notice d'information.

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

Le Bénéficiaire de la 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 de mobilité inclusion 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.

L'Enfant né handicapé, mais néanmoins viable, dans les 10 mois qui suivent le décès de l'Adhérent est considéré comme pouvant bénéficier de la prestation.

Article 5.2 - Formalités en cas de sinistre

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

- Un certificat de vie de l'Enfant handicapé ;
- Une photocopie de la carte mobilité inclusion 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) ;

Si elles n'ont pas encore été fournies, les pièces sollicitées en cas de décès de l'Adhérent (article 3.3 de la présente notice) ou d'Invalidité permanente et Absolue (article 4.2 de la présente notice).

Article 5.3 - 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 l'IPA de l'Adhérent et ce, jusqu'au décès du Bénéficiaire.

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

À la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. Au décès du Bénéficiaire, le dernier versement est acquis dans son entièreté.

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 2.10 « Contrôle médical et conciliation » de la notice.

Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier de l'année civile dans les conditions définies à l'article 2.7 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la notice.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie du Bénéficiaire qui doit être produite chaque année au 1^{er} janvier (selon modèle fourni en annexe 2 « Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie »).

Article 6 - Garantie Dépendance

Article 6.1 - Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Adhérent en situation de dépendance telle que définie ci-après :

Le montant de la rente servie est précisé en annexe 1 à la présente notice d'information. Deux types de rentes, qui ne peuvent pas s'additionner, peuvent être servies :

- Une rente d'hospitalisation, si l'Adhérent 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.

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) comme définis à l'article 1.3 « Définitions » de la présente notice d'information ;
- Est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

L'état de dépendance est apprécié par le médecin conseil de l'Assureur au vu du questionnaire d'évaluation de la dépendance renseigné par le médecin traitant de l'Adhérent et 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.

Article 6.2 - Délai de franchise

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période pendant laquelle l'Assureur n'indemnise pas l'Assuré. Cette période 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 consécutive à un Accident tel que défini à l'article 1.3 « Définitions » de la présente notice d'information,
- 180 jours dans les autres cas.

Article 6.3 - Formalités en cas de sinistre

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

- Un questionnaire dépendance spécifique de l'Assureur en cours à la date de la demande, dûment complété ainsi que 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 hospitalier pour personnes âgées, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement ;
- La décision du président du Conseil départemental du lieu de résidence de l'Adhérent relative à l'attribution de 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) ;
- Toutes autres pièces ou formulaires, notamment d'ordre médical, demandé(e)s 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 2.10 « Contrôle médical et conciliation » de la notice.

Article 6.4 - 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 prorata temporis.

Lorsque le Bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance énoncés à l'article 6.1 « Objet de la garantie », sa rente est suspendue. Si l'état de l'Adhérent justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise.

Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier dans les conditions définies à l'article 2.7 « Revalorisation des prestations périodiques en

cours de service » de la notice d'information.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie du Bénéficiaire qui doit être produite chaque année au 1^{er} janvier (selon modèle fourni en annexe 2 « Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie » de la notice) ainsi que d'une attestation d'hébergement approuvée par l'Assureur pour les Bénéficiaires d'une rente dépendance hospitalisation, à faire remplir par le responsable de l'établissement au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 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 ou le changement de lieu de vie (domicile, unité de long séjour, unité de cure médicale, établissement hospitalier pour personnes âgées, etc.)

Article 6 .6 - Cessation du paiement de la rente dépendance

Le paiement de la rente dépendance cesse :

- Au décès du Bénéficiaire ;
- Lorsque l'intéressé ne remplit plus les conditions d'attribution à la rente.

Le dernier versement est acquis dans son entièreté.

ANNEXE 1 - MONTANTS DE GARANTIES ET DE COTISATIONS

La présente annexe s'applique conformément aux dispositions communes et aux caractéristiques spécifiques à chaque garantie du contrat PREMUO M022 et est définie dans la notice d'information qui s'y rapporte.

Article 1 - Garanties souscrites

Article 1.1 - Option 1

Le choix de l'option 1 est ouvert à tous les Membres participants.

1.1.1 - Garantie Décès

CAPITAL « DÉCÈS » : 130 % du traitement de référence ou du salaire, définis à l'article 1.3 « Définitions » et à l'article 2.4.1 « Montant et assiette de cotisation » de la notice d'information en vigueur à la date du décès.

Ce montant est revalorisé dans les conditions définies aux articles 2.5 « Revalorisation des garanties forfaitaires » et 2.6 « Revalorisation en cas de Décès de l'Adhérent » de la notice d'information.

1.1.2 - Garantie Invalidité Permanente et Absolue

Le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue est égal à 70 % du traitement de référence ou du salaire, tels que définis à l'article 1.3 « Définitions » et à l'article 2.4.1 « Montant et assiette de cotisation » de la notice d'information en vigueur à la date du décès.

- A compter du 1er janvier 2024, le montant minimum garanti est de 35 932,40 euros.

Ce montant est revalorisé dans les conditions définies à l'article 2.5 « Revalorisation des garanties forfaitaires » de la notice d'information.

1.1.3 - Garantie Rente viagère pour Enfant handicapé

En cas de décès ou d'invalidité Permanente et

Absolue de l'Adhérent, il est versé à chaque Enfant reconnu handicapé de l'Adhérent, une rente viagère de survie telle que définie ci-dessous :

- A compter du 1er janvier 2024, le montant garanti est de 1869,40 euros.

Ce montant est revalorisé dans les conditions définies à l'article 2.7 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la notice d'information.

1.1.4 - Garantie Dépendance

A compter du 1er janvier 2024, le montant de la rente Dépendance est de :

- 541,80 euros par mois en cas d'hospitalisation ;
- 271 euros par mois dans les autres cas.

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies à l'article 2.7 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la notice d'information.

Les Membres participants directs « Retraités » tels que définis au point d) de l'article 2.4 « Cotisation » et tel que listé au point 2 de l'article 2.1.1 « Conditions d'éligibilité » de la présente notice ne peuvent souscrire qu'à l'option 1 « Rente dépendance » dont les modalités d'adhésion sont définies dans la présente notice.

Article 1.2 - Option 2

Le choix de l'option 2 est ouvert à tous les Membres participants directs actifs tels que définis au point a) de l'article 2.4.1 « Montant et Assiette de cotisation » de la notice d'information.

1.2.1 - Garantie Décès

Montant des prestations garanties :

CAPITAL « DECES » : 180 % du traitement de référence ou du salaire, tel que défini à l'article 1.3 « Définitions » de la notice d'information en vigueur à la date du décès.

Ce montant est revalorisé dans les conditions définies aux articles 2.5 « Revalorisation des garanties forfaitaires » et 2.6 « Revalorisation en cas de Décès de l'Adhérent » de la notice d'information.

1.2.2 - Garantie Invalidité Permanente et Absolue

Le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue est égal à 100% du traitement de référence ou du salaire, tels que définis à l'article 1.3 « Définitions » de la notice d'information en vigueur à la date du décès, en vigueur à la date de l'IPA.

- A compter du 1er janvier 2024, le montant minimum garanti est de 53 231,50 euros.

Ce montant est revalorisé dans les conditions définies à l'article 2.5 « Revalorisation des garanties forfaitaires » de la notice d'information.

1.1.3 - Garantie Rente viagère pour Enfant handicapé

En cas de décès ou d'invalidité Permanente et Absolue de l'Adhérent, il est versé à chaque Enfant reconnu handicapé de l'Adhérent, une rente viagère de survie telle que définie ci-dessous :

- A compter du 1er janvier 2024, le montant garanti est de 1869,40 euros.

Ce montant est revalorisé dans les conditions définies à l'article 2.7 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la notice d'information.

1.2.4 - Garantie Dépendance

A compter du 1er janvier 2024, le montant de la rente Dépendance est de :

- 541,80 euros par mois en cas d'hospitalisation ;
- 271 euros par mois dans les autres cas.

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies à l'article 2.7 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la notice d'information.

Le Membre participant direct « actif » ayant opté pour l'option 2, bénéficiera de manière automatique et obligatoire de l'option 1 dès le 1^{er} janvier de l'année qui suit l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite.

Il y aura dès lors une diminution des garanties pour le basculement de l'option 2 à l'option 1 et une diminution de la cotisation due par l'Assuré.

Pour les Adhérents bénéficiant d'une retraite pour invalidité, ce dispositif intervient au 1^{er} janvier de l'année qui suit le départ à l'âge légal à la retraite.

Article 2 - Taux de cotisation

Pour les Adhérents, les taux de cotisations au titre du contrat PREMIO M022 sont fixés comme suit, pour l'année 2024, en fonction de l'option choisie.

Le taux de cotisation correspond au taux d'appel dont le montant est déterminé aux articles 2.1 « Option 1 » et 2.2 « Option 2 » ci-après, dans la limite du taux contractuel. Le taux contractuel est le taux maximum de cotisation pouvant être appliqué au cours de la 1^{ère} période de 7 ans, sauf hypothèses exceptionnelles prévues à l'article 19 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007.

Ces taux de cotisation peuvent être majorés en fonction du risque aggravé de santé tel que défini à l'article 2.3 « Taux de cotisation majoré en fonction du risque aggravé de santé » de la présente annexe.

Article 2.1 - Option 1

Concernant les Membres participants jusqu'à leurs 35 ans et moins :

- Le taux d'appel est de 0,2 % de l'assiette de cotisation pour les Adhérents âgés de 35 ans et moins ;

- Le taux contractuel est de 0,28 % de l'assiette de cotisation.

Concernant les Membres participants de plus de 36 ans et plus :

- Le taux d'appel est de 0,4 % de l'assiette de cotisation pour les Adhérents âgés de 36 ans et plus ;
- Le taux contractuel est de 0,56 % de l'assiette de cotisation.

Article 2.2 - Option 2

Concernant les Membres participants jusqu'à leurs 35 ans et moins :

- Le taux d'appel est de 0,27 % de l'assiette de cotisation pour les Adhérents âgés de 35 ans et moins ;
- Le taux contractuel est de 0,34 % de l'assiette de cotisation.

Concernant les Membres participants de plus de 36 ans et plus :

- Le taux d'appel est de 0,53 % de l'assiette de cotisation pour les Adhérents âgés de 36 ans et plus ;
- Le taux contractuel est de 0,68 % de l'assiette de cotisation.

Article 2.3 - Taux de cotisation majoré en fonction du risque aggravé de santé

Les taux de cotisation de base, tels que déterminés à l'article 2 « Taux de cotisation » de la présente annexe à la notice d'information peuvent être majorés en fonction d'un risque de santé aggravé, après analyse par les médecins conseils de l'Assureur du questionnaire de santé, pour les personnes qui y sont soumises.

L'analyse par les médecins conseils de l'Assureur vise à classer l'Adhérent dans un groupe tarifaire en fonction du risque de santé. A chaque groupe tarifaire correspond une majoration du taux de cotisation de base.

Ces demandes sont examinées par les médecins conseils de l'Assureur dans le respect du secret médical sur la base des informations communiquées par l'Adhérent via le questionnaire de santé.

Les taux majorés trouvant à s'appliquer sont les suivants :

Groupe tarifaire	Classification des risques	Prime par rapport au prix standards
1	Sans risque aggravé	100%
2	Risque aggravé léger	150%
3	Risque aggravé modéré	200 %
4	Risque aggravé lourd	300 %

Article 3 - Mutuelle souscriptrice

Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGÉFI)

6 rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - Tel. 09 69 39 69 29

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 499 982 098

www.mgefi.fr

Article 4 - 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 :

Réclamation et Renseignement sur les conditions d'admission dans l'assurance :

Pour toute réclamation ou renseignement relatif à l'admission dans l'assurance, l'Adhérent peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à :

MGÉFI
Service Relation Adhérent
6 rue Bouchardon
CS 50 070
75481 Paris Cedex 10
Tél. : 09.69.39.69.29 (Appel non surtaxé)

Réclamation et Renseignement sur le règlement des cotisations :

Pour toute réclamation ou renseignement sur le règlement des cotisations, l'Adhérent ou ses ayants droit peuvent s'adresser à la Mutuelle souscriptrice :

MGÉFI
Service Relation Adhérent
6 rue Bouchardon
CS 50 070
75481 Paris Cedex 10
Tél. : 09.69.39.69.29 (Appel non surtaxé)

Renseignement et Réclamation en cas de sinistre :

Pour tout renseignement sur la gestion d'un sinistre ou réclamation relative à un sinistre, l'Adhérent ou ses ayants droit peuvent s'adresser à :

MGÉFI
6 rue Bouchardon
CS 50 070
75481 Paris Cedex 10
Tél. : 09.69.39.69.29 (Appel non surtaxé)

Après réception d'une réclamation, CNP Assurances ou, le cas échéant, la Mutuelle, adresse à l'Adhérent ou à ses Ayants droit un accusé de réception de la demande dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables. La réponse est adressée au Réclamant dans les deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le réclamant sera informé.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite et sous réserve qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, en adressant sa demande :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
www.mediation-assurance.org

Le Médiateur de l'Assurance formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance. L'Assuré ou ses Ayants droit peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Assureur et/ou le Délégué de gestion, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

ANNEXE 2 - MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE

à remplir en lettres capitales

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom de naissance)

Nom d'usage

Prénoms (selon l'ordre de l'état civil)

Né (e) le **à**

Demeurant (adresse complète)

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser)

Conformément aux dispositions fixées par le contrat d'assurance de groupe :

N° du contrat :

Entreprise ou personne morale :

N° Dossier :

Je reconnais avoir été informé (e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 441-7¹ du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1² et 313-3³ du Code pénal.

1. Article 441-7 du Code pénal : « Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

2. Article 313-1 du Code pénal : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. »

3. Article 313-3 du Code pénal : « La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie. »

Informatique et Libertés

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données « RGPD » et à la loi « Informatiques et Libertés » modifiée le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGÉFI).

La Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGÉFI) collecte et traite vos données personnelles en qualité de responsable du traitement; les traitements mis en oeuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance; l'exercice des recours et la gestion des réclamations; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale; les statistiques commerciales; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire. Elles pourront être transférées à votre Assureur, CNP Assurances qui est responsable des traitements de gestion des sinistres, des contentieux et qui peut utiliser vos données personnelles pour la réalisation de statistiques à des fins de tarification.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances et la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGÉFI) ; ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courrier CNP Assurances, Service DPO, TSA n°16939, 4 Promenade Coeur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux ou par courriel (dpo@cnp.fr) et auprès de la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi) concernant les traitements pour lesquels elle est responsable en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité en cours de validité à la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi) par voie postale (Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10), ou par courriel (dpo@mgéfi.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, téléphone : 01 53 73 22 22.

Fait à , **le**

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)



CNP ASSURANCES

Société Anonyme avec Conseil d'Administration, au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré,
Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 341 737 062,
dont le siège social est 4, Promenade Coeur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux,
IDU REP Papiers FR231782_03IAIS



mgefi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Siren : 499 982 098
6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - www.mgefi.fr

