

Contrat Plurio Dépendance MI-06

Notice d'information à effet du 1^{er} janvier 2025



Plurio Dépendance MI-06

Contrat collectif à adhésion facultative

Souscrit par

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi),

Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité – Siren n° 499 982 098 –

Siège social : 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 – www.mgefi.fr

Auprès de

CNP ASSURANCES

Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,

Au capital de 81 773 850 euros, entreprise régie par le Code des assurances,

Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 507 648 053,

Dont le siège social est 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux

IDU REP Papiers FR231782_03IAIS

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

Note d'information

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de l'Adhérent sur certaines dispositions essentielles du contrat Plurio Dépendance n°MI-06 relatif à la présente notice d'information. Il est important que le Candidat à l'assurance lise intégralement la présente notice d'information, et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires.

Nature du contrat

Le contrat Plurio Dépendance MI-06 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par la Mutuelle souscriptrice (Mgéfi) auprès de CNP ASURANCES l'Assureur.

Garanties

Le contrat Plurio Dépendance MI-06 garantit le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance telle que définie aux articles 4.5 « La dépendance totale » et 4.6 « La dépendance partielle (garantie optionnelle) » de la notice.

En cas de résiliation de l'Adhésion à l'initiative de l'Adhérent, les prestations en cours de versement cessent d'être dues et versées à compter de la date de résiliation, y compris pour les Ayants droit assurés.

Faculté de renonciation

Le contrat Plurio Dépendance MI-06 comporte une faculté de renonciation (Cf. article 3.5 « Délai de renonciation en cas de vente à distance ou de vente par démarchage » de la présente notice d'information).

Durée de l'adhésion

Les adhésions sont conclues pour une durée d'un an. Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du 1^{er} janvier sauf résiliation de l'adhésion.

Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de la Rente Dépendance est l'Assuré lui-même.

Sommaire

1) Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance	7
2) Objet du contrat et Définitions	7
2.1 Objet.....	7
2.2 Définitions	8
3) Adhésion au contrat	9
3.1 Conditions d'adhésion.....	9
3.2 Conditions d'âge	9
3.3 Conditions de santé	10
3.4 Formalités d'adhésion – Changement Mutuelle souscriptrice – Evolution du risque	10
3.4.1 Demande d'adhésion.....	10
3.4.2 Changement de Mutuelle souscriptrice	10
3.4.3 Evolution du risque en phase précontractuelle	10
3.5 Délai de renonciation en cas de vente à distance ou en cas de vente par démarchage	10
3.6 Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat	12
3.7 Fausse déclaration à l'Assureur et/ou à la Mutuelle souscriptrice.....	12
3.8 Remise de la notice d'information.....	12
3.9 Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent.....	12
3.10 Résiliation du contrat à l'initiative de l'Assureur	13
3.11 Résiliation de plein droit.....	13
4) Garantie Dépendance	15
4.1 Objet de la garantie.....	15
4.2 Montant garanti	15
4.2.1 Groupe 1 : Fermé à nouvelle adhésion	15
4.2.2 Groupe 2 : Ouvert à tous les Adhérents	15
4.3 Bénéficiaire	15
4.4 Modification du montant de la garantie et formalités à accomplir	16
4.5 Dépendance totale	16
4.6 Dépendance partielle (garantie optionnelle)	17
4.6.1 Objet	17
4.6.2 Conditions.....	17
4.6.3 Formalités	17
4.6.4 Prise d'effet.....	17
4.6.5 Reconnaissance de la dépendance partielle.....	17
4.6.6 Fin de l'état de dépendance partielle	18
4.7 Délai de franchise	18
5) Risques exclus	18
6) Cotisations	18
6.1 Modalités de paiement.....	18
6.2 Montant de la cotisation	19
6.3 Révision de la cotisation	19
6.4 Défaut de paiement.....	19

7) Mise en œuvre de la garantie	19
7.1 Formalités en cas de sinistre	19
7.2 Contrôle médical et conciliation	20
7.3 Modalités de versement de la prestation de dépendance totale et partielle	20
7.4 Modification de la situation du Bénéficiaire et Evolution du risque.....	21
7.5 Secret médical	21
8) Délai de déclaration de sinistre Prescription et Déchéance	21
8.1 – Délai de déclaration de sinistre.....	21
8.2 – Prescription	21
9) Fin de garantie et maintien de la garantie	22
9.1 Fin de garantie	22
9.2 Maintien de l'Assuré en cas d'exclusion du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance (Adhésion survenue avant le 1 ^{er} janvier 2021).....	23
9.3 Maintien de la garantie en cas de décès de l'Adhérent (Adhésion survenue avant le 1er janvier 2021)	23
10) Autorité de contrôle	23
11) Renseignements-Réclamations et Médiation	24
ANNEXE 1 - Barème des cotisations	25
ANNEXE 2 - Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie	26



Dispositions communes

1) Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat Plurio Dépendance MI-06 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de CNP Assurances (ci-après dénommée « l'Assureur ») - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré — 341 737 062 R.C.S. Nanterre, relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) Siège social 4, promenade Coeur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion et du montant de garantie, choisi en application du barème des cotisations porté en annexe 1 de la notice d'information et dans les conditions de l'article 6. « Cotisations » de la notice d'information.
4. L'adhésion au contrat dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1er janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 3.6 - « Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat » de la présente notice d'information.
5. Le contrat a pour objet, tel que mentionné aux articles 2.1 - « Objet » et 4. « Garantie Dépendance » de la notice d'information, de garantir aux Assurés lors de la survenance du risque Dépendance totale ou partielle, tels que définis au sein de la notice d'information, le versement d'une rente.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5 « Risques exclus » de la notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat Plurio Dépendance MI-06 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la notice d'information.
8. L'adhésion au contrat s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 - « Conditions d'adhésion » et 3.3 - « Conditions de santé » de la notice.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 6.1 - « Modalités de paiement ».
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 3.5 - « Délai de renonciation en cas de vente à distance ou en cas de vente par démarchage » de la notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice, l'Adhérent et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 11. « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la notice d'information.

2) Objet du contrat et Définitions

2.1 Objet

Le contrat Plurio Dépendance MI-06 est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de l'Assureur.

Il relève des branches 1 (Accident) et 2 (Maladie) définies à l'article R.321-1 du Code des assurances et est régi 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.

Le contrat a pour objet le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance telle que définie aux articles 4.5 - « La dépendance totale » et 4.6 - « La dépendance partielle (garantie optionnelle) » de la notice.

2.2 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 opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'un accident, ne sont pas considérés comme des accidents.

L'Adhérent est la personne physique, Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, répondant aux conditions posées par les statuts de la Mutuelle souscriptrice et par la notice. A compter du 1^{er} janvier 2021, pourront également adhérer le Conjoint ou Personne assimilée non membre participant, de manière autonome lorsque les statuts de la Mutuelle le prévoient. Ils s'engagent à ce titre à verser la cotisation correspondante.

L'Assuré est celui sur la tête duquel repose le risque. L'Assuré peut être l'Adhérent, son Conjoint ou la Personne assimilée.

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) et relevant de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, au titre du contrat, ci-après dénommé «l'Assureur».

Le Bénéficiaire est la personne qui recevra la prestation garantie par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Bulletin d'adhésion est la demande d'adhésion formulée par le Candidat à l'assurance à l'aide d'un document approuvé par l'Assureur qui doit être daté et signé et transmis au Délégué de gestion de l'Assureur. Le Candidat à l'assurance y précise son identité, les éléments nécessaires à sa couverture et au calcul de la cotisation, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information ainsi que du document d'information précontractuel.

Le Candidat à l'assurance est l'Adhérent potentiel au Contrat d'assurance.

Le Certificat de garantie est le document envoyé à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend notamment la désignation de la personne assurée ainsi que les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

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).

Le Conjoint est la personne mariée à l'Adhérent, 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. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe.

Le Délégué 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'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité – Siren n° 499 982 098 – Siège social : 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 – www.mgefifr.

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).

La Mutuelle Souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Membres Participants. Il s'agit de la Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité, Siren n° 499 982 098 - 6, rue Bouchardon - CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10.

Le Partenaire est la personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexes différents ou de même sexe pour organiser leur vie commune conformément à l'article 515-1 du Code civil.

La Personne assimilée à un Conjoint est le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

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).

Le Preneur d'assurance est l'Adhérent qui inscrit audit Contrat son Conjoint ou Personne assimilée avant le 1^{er} janvier 2021.

Le Point de la Fonction Publique est la valeur annuelle du traitement et du 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 du solde afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 907,34 euros depuis le 1^{er} juillet 2023. La valeur du point au 1^{er} 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/connaitre-point-dindice>.

Le Preneur d'assurance est l'Adhérent qui inscrit audit Contrat son Conjoint ou Personne assimilée avant le 1^{er} janvier 2021.

La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'article 8. « Délai de déclaration de sinistre, Prescription et Déchéance » de la notice.

Le Réclamant est toute personne formulant un mécontentement auprès de l'Assureur / l'Assisteur

(assuré, bénéficiaire, ayants droits, y compris leurs mandataires, anciens clients, prospects).

La Territorialité est le contrat relatif à la présente notice d'information s'exécute sur l'ensemble du territoire français : France métropolitaine, Corse et DROM-COM. Il s'applique également aux Bénéficiaires établis à l'étranger excepté dans les pays figurant sur la liste des destinations formellement déconseillées par le ministère des Affaires étrangères français.

3) Adhésion au contrat

3.1 Conditions d'adhésion

En application des statuts de la Mutuelle souscriptrice, tout Membre participant peut à titre facultatif :

- adhérer au contrat Plurio Dépendance MI-06 souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de l'Assureur pour bénéficier de la garantie individuelle Rente Dépendance décrite ci-après (groupe 2) ;
- pour les adhésions intervenues avant le 1^{er} janvier 2021, le Membre participant peut inscrire audit contrat son Conjoint ou la Personne assimilée, pour permettre à ce ou cette dernière d'être couvert(e) par la même garantie. Le cas échéant, le Conjoint ou la personne assimilée bénéficie du même montant de garantie que le Membre Participant.

A compter du 1^{er} janvier 2021, pourront également (groupe 2) adhérer au contrat de manière autonome, le Conjoint ou Personne assimilée non Membre participant à condition que les statuts de la Mutuelle souscriptrice le prévoient et que ce dernier s'engage à ce titre, à verser la cotisation correspondante.

3.2 Conditions d'âge

Peuvent adhérer au groupe 2 visé à l'article 4.2 ci-après :

- les Membres participants de la Mutuelle souscriptrice, âgés de moins de 70 ans à la date signature de la demande d'adhésion ;
- les Conjoint ou Personnes assimilées des Membres participants de la Mutuelle souscriptrice, âgés de moins de 70 ans à la date de la signature de la demande d'adhésion.

Il doit également respecter les conditions de santé de l'article 3.3 ci-après.

3.3 Conditions de santé

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

Au terme de l'examen du dossier médical du Candidat à l'assurance, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve son entrée dans l'assurance,
- accepter son entrée dans l'assurance en formulant des exclusions médicales ,
- ajourner sa décision dans l'attente des pièces complémentaires sollicitées par l'Assureur,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature apposée par le Candidat à l'assurance.

Ce questionnaire est à adresser sous pli confidentiel et fermé par le Candidat à l'assurance au Médecin-conseil de l'Assureur par le biais de la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante : **Mgéfi** – 6, rue Bouchardon - CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10.

3.4 Formalités d'adhésion – Changement Mutuelle souscriptrice – Evolution du risque

3.4.1 Demande d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un Bulletin d'adhésion selon un modèle établi par l'Assureur, rempli, daté et signé, transmis à la Mutuelle souscriptrice accompagnée du questionnaire de santé.

Par le Bulletin d'adhésion, l'Adhérent précise son identité, les éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation. Il donne son consentement à l'assurance et reconnaît avoir pris connaissance de la notice.

L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice par la remise du certificat de garantie.

Pour les adhésions ayant lieu avant le 1er janvier 2021, dans le cas où la demande d'inscription concerne le Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, le bulletin d'adhésion doit être daté et signé conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou de la Personne assimilée qui donne son consentement à l'assurance.

Quant aux adhésions qui seront effectuées à partir du 1^{er} janvier 2021, le Membre participant et son Conjoint ou Personne assimilée devront chacun renseigner, dater et signer leur propre bulletin d'adhésion.

Lors de l'adhésion de l'Adhérent, l'Adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

3.4.2 Changement de Mutuelle souscriptrice

En cas de changement de Mutuelle par l'Adhérent, si la nouvelle mutuelle a également souscrit contrat Plurio Dépendance MI-06, l'Assuré est maintenu au contrat sans formalité médicale. Toutefois, sa nouvelle adhésion à la Mutuelle souscriptrice devra faire immédiatement suite à son départ de la Mgéfi.

3.4.3 Evolution du risque en phase précontractuelle

L'adhésion repose sur l'exactitude des déclarations de l'Adhérent conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances.

Toute modification de l'état de santé du Candidat à l'assurance intervenant entre le jour de la demande d'adhésion et l'acceptation de l'Assureur devra lui être déclarée.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée à l'adresse suivante : **Mgéfi**, 6 rue Bouchardon - CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10, dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Tout document à caractère médical peut être transmis sous pli fermé et confidentiel, au médecin conseil de l'Assureur par le biais de la Mutuelle souscriptrice à l'adresse ci-dessous :

**Mgéfi, 6 rue Bouchardon - CS 50070 – 75481
Paris Cedex 10**

3.5 Délai de renonciation en cas de vente à distance ou en cas de vente par démarchage

■ Si le contrat est vendu à distance :

a) Définition

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

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination du Conseiller clientèle et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

b) Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter :

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

La date de conclusion du contrat et/ou la date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat de garantie.

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

c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation :

- par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'industrie (Mgef)

Direction Relation et Gestion Adhérents

6, rue Bouchardon - CS 50070
75481 Paris Cedex 10

- ou par recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : accueil@mgefi.fr

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

« Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat Plurio Dépendance MI-06** conclu le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances.
Le[Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi), ou du recommandé électronique l'adhésion au titre du

contrat est résiliée sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

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

■ Si le contrat est vendu par démarchage :

a) Définition

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

b) Délai de renonciation

Conformément à l'Article L. 112-9 Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La date de conclusion du contrat et/ou la date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat d'inscription.

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

c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation :

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

Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'industrie (Mgef)

Direction Relation et Gestion Adhérents

6, rue Bouchardon - CS 50070
75481 Paris Cedex 10

- ou par recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : accueil@mgefi.fr

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

« Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat Plurio Dépendance MI-06** conclu le [Date de l'adhésion] à [Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances.

Le [Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée, la date du cachet de la Poste faisant foi, ou du recommandé électronique la garantie prend fin sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée.

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

3.6 Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le Médecin conseil de l'Assureur.

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

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra prendre effet que sous réserve que l'Adhérent et le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance nommément désigné(s) ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Les adhésions sont conclues pour une durée d'un an. Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du 1^{er} janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 3.9 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la notice et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent d'un certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat. Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion sont couverts.

3.7 Fausse déclaration à l'Assureur et/ou à la Mutuelle souscriptrice

Les déclarations faites par les Adhérents à la Mutuelle souscriptrice et à l'Assureur, ainsi que les déclarations faites par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur servent de base à la couverture.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré ou de la Mutuelle souscriptrice tant lors de l'adhésion qu'au cours du Contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.
L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

3.8 Remise de la notice d'information

La Mutuelle souscriptrice remet aux Adhérents la notice d'information, établie et transmise par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre, ainsi que le document d'information précontractuel.

Toute modification apportée au Contrat par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, à savoir une information par écrit 3 mois au minimum avant l'entrée en vigueur desdites modifications.

3.9 Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat Plurio Dépendance MI-06, 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/> avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle du présent contrat.

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 effectuée dans un délai de trente jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

Dans le cadre d'adhésion intervenue avant le 1^{er} janvier 2021, lorsque la résiliation concerne l'inscription du Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être signée conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou la Personne assimilée.

Il incombe à la Mutuelle souscriptrice d'informer l'Assureur de toute résiliation par l'Adhérent. Les prestations en cours de versement cessent d'être dues et versées à compter de la date de résiliation pour l'Adhérent et ses Ayants droit.

3.10 Résiliation du contrat à l'initiative de l'Assureur

Outre la dénonciation à l'échéance annuelle prévue dans l'article 3.9 - « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la notice, le Contrat peut être résilié par l'Assureur en cas :

- De non-paiement des primes dues par la Mutuelle souscriptrice, conformément à la procédure définie à l'article L.133-3 du Code des assurances,
- De non-paiement de la cotisation au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances et décrite à l'article 6 de la notice,
- De non acceptation de la révision de la cotisation,
- De fausse déclaration de l'Adhérent dans les conditions prévues à l'article 3.7 « Fausse déclaration à l'Assureur et/ou à la Mutuelle souscriptrice » de la notice.

Les prestations correspondant aux sinistres intervenus avant la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits.

3.11 Résiliation de plein droit

Le contrat pourra être résilié de plein droit, en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur, le 40^{ème} jour à compter de la date de la publication au Journal Officiel (JO) de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) prononçant le retrait d'agrément.

La prime postérieure à la date de la résiliation et correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, sera alors restituée à la Mutuelle souscriptrice, à charge pour cette dernière de la reverser à l'Adhérent.



Caractéristiques spécifiques des garanties

4) Garantie Dépendance

4.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Adhérent :

- en situation de dépendance totale, telle que définie à l'article 4.5 « La dépendance totale » ci-après.
- en état de dépendance partielle et qui a souscrit l'option définie à l'article 4.6 - « La dépendance partielle (garantie optionnelle) » ci-après.

La rente est versée tant que l'Assuré en état de dépendance répond aux définitions des articles 4.5 et 4.6 précités de la notice et ce jusqu'à son décès.

4.2 Montant garanti

Deux groupes de garanties existent dans le contrat :

4.2.1 Groupe 1 : Fermé à nouvelle adhésion

Ce groupe concerne uniquement les Assurés présents dans le Contrat avant le 31 décembre 2009.

L'Adhérent choisit le montant de sa garantie au moment de la souscription du contrat ou selon les modalités définies à l'article 4.4 « Modification du montant de la garantie et formalités à accomplir » de la notice.

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle exprimée en points. La garantie de base est de 50 points. Ce montant peut être modifié à la hausse dans les conditions prévues en infra.

L'Adhérent choisit un nombre entier de tranches, compris entre 1 et 10.

Ce nombre minimum de 50 points peut être augmenté, au choix de l'Adhérent, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 500 points.

La valeur du point au 1^{er} janvier 2024 est de 1,83 euros.

Le montant de la rente est égal au nombre de points choisi par l'Adhérent multiplié par la valeur du point.

La valeur du point est revalorisée chaque année au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique, entre le 1^{er} octobre de l'année

N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2%. La valeur ainsi calculée est arrondie au centime d'euro supérieur.

Pour l'Assuré non couvert au préalable par une garantie dépendance de l'Assureur, le montant de la garantie est fixé à 150 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 800 points.

Pour l'Assuré déjà couvert par une garantie dépendance de l'Assureur à la date la demande d'adhésion au contrat Plurio Dépendance, le montant de la garantie est fixé à 50 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 500 points

4.2.2 Groupe 2 : Ouvert à tous les Adhérents

L'Adhérent choisit le montant de sa garantie au moment de son adhésion au Contrat, pour ce faire il choisit un nombre entier de tranches, compris entre 2 et 20.

Ce nombre peut être augmenté ou diminué, au choix de l'Adhérent conformément à l'article 4.4 « Modification du montant de la garantie et formalités à accomplir » de la notice.

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle exprimée en euros.

La valeur d'une tranche au 1^{er} janvier 2024 est de 108 euros. 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 de la tranche est revalorisée chaque année au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2 %. La valeur ainsi calculée est arrondie à l'euro supérieur.

4.3 Bénéficiaire

Le Bénéficiaire de la Rente Dépendance est l'Assuré lui-même.

4.4 Modification du montant de la garantie et formalités à accomplir

L'Adhérent et/ou son Conjoint peut demander en cours de contrat une modification du montant de sa garantie.

Pour les adhésions effectuées avant le 1er janvier 2021 l'Adhérent a la possibilité de demander la modification de sa garantie ainsi que celle de son Conjoint ou Personne assimilée le cas échéant dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2 - « Montant garanti » de la notice. La modification du montant de sa garantie par l'Adhérent entraîne nécessairement la modification du montant de la garantie du Conjoint ou Personne assimilée.

Lorsque la demande concerne la garantie du Conjoint ou de la Personne assimilée de l'Adhérent, le bulletin d'adhésion relatif à la modification du montant garanti doit être signé conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint/Personne assimilée.

Pour les adhésions survenues à compter du 1^{er} janvier 2021, les demandes de modifications doivent être notifiées à la Mutuelle souscriptrice via un bulletin d'adhésion modificatif par l'Adhérent ou son Conjoint lui-même le cas échéant.

Dans ce cas de figure chacun d'eux devra renseigner et signer lui-même son bulletin d'adhésion modificatif.

Lorsque l'Adhérent demande :

- une diminution de montant de la garantie, la nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Dans ce cas, la demande est acceptée d'office.
- une augmentation de montant de la garantie, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la notice.

La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du Médecin conseil de l'Assureur.

Les Adhérents du groupe 1 peuvent, s'ils le souhaitent, à titre complémentaire souscrire aux garanties du groupe 2.

Néanmoins, cette souscription ne peut avoir pour effet de porter le montant des garanties au-delà du montant maximum de garantie autorisé pour le groupe 2, soit 20 tranches, une tranche correspondant à 108 € au 1^{er} janvier 2024.

Ces modifications sont constatées par l'envoi d'un Certificat de garantie à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice.

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

Le passage d'un groupe à l'autre n'est pas accepté par l'Assureur.

4.5 Dépendance totale

En cas de dépendance totale, la rente versée est égale à 100% du montant de garantie choisi par l'Adhérent dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2 « Montant garanti ».

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).

Les quatre 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.

L'état de dépendance est présumé comme tel à la date de réception de l'ensemble des justificatifs par l'Assureur, sous réserve remplir les conditions sus mentionnées.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date reconnue comme telle par le Médecin conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies.

4.6 Dépendance partielle (garantie optionnelle)

4.6.1 Objet

L'option garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré en situation de dépendance partielle telle que définie ci-dessous.

La rente versée est égale à 50% du montant de garantie choisi par l'Adhérent, dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2 « Montant garanti ».

4.6.2 Conditions

Le choix de l'option peut intervenir lors de l'adhésion au contrat Plurio Dépendance MI-06 ou en cours de contrat.

Ce choix est révocable à tout moment.

L'octroi de l'option est subordonné au respect des conditions d'âge et de santé prévues aux articles 3.1, 3.2 et 3.3.

4.6.3 Formalités

La demande d'adhésion à l'option se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion.

Lorsque l'Adhérent demande l'annulation de l'option, sa demande doit être notifiée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

Pour les adhésions effectuées avant le 1^{er} janvier 2021, lorsque la demande d'inscription ou d'annulation à l'option concerne le Conjoint ou la Personne assimilée de l'Adhérent, l'Adhérent preneur d'assurance et le Conjoint ou la Personne assimilée, signent conjointement le bulletin d'adhésion.

4.6.4 Prise d'effet

L'option et la cotisation correspondante prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du Médecin conseil de l'Assureur. Lorsque l'Adhérent demande l'annulation de la garantie optionnelle, la nouvelle cotisation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

4.6.5 Reconnaissance de la dépendance partielle

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

- se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller) définis ci-après.
- et est reconnu comme répondant au critère précédent par le Médecin conseil de l'Assureur.

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis par deux fonctions. Pour qu'un acte de la vie quotidienne soit reconnu impossible partiellement, l'une au moins des fonctions de l'acte indiqué dans la définition ci-dessous doit être totalement et complètement impossible à effectuer par la personne seule :

• **Se déplacer :**

1. se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir,
OU
2. aller d'une pièce à l'autre à l'intérieur du domicile. L'usage d'une aide technique (canne, déambulateur, fauteuil roulant) par la personne n'influe pas sur le jugement s'il permet à la personne de se déplacer sans aide humaine.

• **S'alimenter :**

1. se servir, c'est à dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit, (mais n'incluant pas la préparation des repas),
OU
2. porter les aliments à la bouche et les avaler.

• **Se laver :**

1. faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps,
OU
2. faire la toilette simple de toute la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

• **S'habiller :**

1. vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps,
OU
2. vêtir et dévêtir la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

L'état de dépendance est présumé comme tel à la date de réception de l'ensemble des justificatifs nécessaires par l'Assureur, sous réserve de l'acceptation par les Médecins conseils de l'Assureur et que l'Assuré remplisse l'ensemble des conditions relatives à la dépendance partielle.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date reconnue comme telle par le Médecin conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies.

4.6.6 Fin de l'état de dépendance partielle

Le versement de la prestation est maintenu tant que dure l'état de dépendance partielle sauf en cas de résiliation du contrat à l'initiative de l'Adhérent.

Par ailleurs, les garanties de dépendance totale et partielle ne sont pas cumulables.

4.7 Délai de franchise

La Rente Dépendance est versée 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 d'origine accidentelle,
- 180 jours dans les autres cas.

5) Risques exclus

Sont exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement les dépendances résultantes :

1. 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 ;
2. Directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
3. De la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions ;
4. 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 ;

5. Du risque de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré ;
6. De toute atteinte, volontaire et consciente par l'Assuré à son intégrité physique ;
7. 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 ;
8. De luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'Assuré au contrat ;
9. 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) ;
10. 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'Assuré y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.

6) Cotisations

6.1 Modalités de paiement

La cotisation due par l'Adhérent au titre de son adhésion et/ou de celle de son Conjoint ou de la Personne assimilée est appelée par la Mutuelle souscriptrice à l'Adhérent selon les modalités prévues ci-dessous.

Au choix de l'Adhérent formalisé dans son bulletin d'adhésion, la cotisation due au titre de la garantie sera prélevée annuellement, soit directement sur le compte bancaire de l'Adhérent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal ou soit précomptée automatiquement sur le traitement ou la pension de l'Adhérent dans les conditions déterminées par la Mutuelle souscriptrice (cette dernière modalité ne vaut que pour les Membres participants de la Mutuelle souscriptrice.)

Tout mois commencé est dû.

6.2 Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation de la 1^{ère} année est calculé en mois entier *prorata temporis* pour la période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et le 31 décembre suivant.

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

La garantie optionnelle fait l'objet d'une cotisation spécifique, calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion à l'option et du montant de garantie, choisi en application du barème des cotisations figurant en annexe 1 de la notice.

6.3 Révision de la cotisation

Au même titre que les prestations définies à l'article 4.2 « Montant garanti » l'Assuré voit sa cotisation revalorisée chaque 1^{er} janvier sur la base de l'évolution de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente et arrondie au centime d'euro le plus proche.

Les cotisations peuvent être modifiées périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction :

- de l'évolution démographique,
- de la réglementation,
- des paramètres utilisés par la Sécurité sociale,
- de l'examen des questionnaires de santé
- et des résultats du contrat.

Ces modifications peuvent alors entraîner :

- une augmentation de la cotisation, dans ce cas la cotisation supplémentaire est calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la

demande de la modification de montant et de la nouvelle tranche de garantie choisie.

- une diminution de la cotisation, dans ce cas la cotisation est calculée au prorata de la réduction du montant.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Assureur, celle-ci doit être notifiée à la Mutuelle souscriptrice 6 mois avant la date prévue pour le renouvellement.

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.

Ces modifications sont constatées par l'envoi de Certificat de garantie à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice.

L'Adhérent qui perçoit une rente au titre du contrat est exonéré du paiement de l'ensemble de ses cotisations.

6.4 Défaut de paiement

En cas de non-paiement de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Cette lettre recommandée indiquera que si 40 jours après son envoi les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion au contrat, sera résiliée, et ce sans nouvel avis, conformément à la procédure définie à l'article L 141-3 du Code des assurances.

La résiliation de l'adhésion n'empêche pas l'Assureur de poursuivre le recouvrement des cotisations dues.

7) Mise en œuvre de la garantie

7.1 Formalités en cas de sinistre

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

- un questionnaire dépendance spécifique de l'Assureur en cours à la date de la demande. Celui-ci devra être dûment complété et accompagné de tout justificatif médical permettant l'étude du dossier par le médecin conseil (rapport d'expertise, rapport médical...) ;
- en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé ou dans un EHPAD 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'Assuré 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 ;
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel la rente devra être versée. Si le compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait du jugement de tutelle ou de curatelle, ou la désignation d'un administrateur légal, d'un gérant de tutelle) ;
- toute autre pièce ou formulaire demandés par l'Assureur.

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

7.2 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 :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier du sinistre,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité

sociale et organismes assimilés,

- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Ces contrôles et examens peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de versement de prestation.

Dans ce cas de figure, un courrier est adressé à l'Adhérent 70 jours avant la date de révision prévue par le médecin-conseil de l'Assureur. En l'absence de réponse de la part de l'Assuré la prise en charge des échéances sera suspendue 100 jours après l'envoi du courrier initial et ce jusqu'à obtention du rapport de contrôle médical.

L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrat tout droit à la prestation considérée quelles que soient les conclusions du contrôle médical.

En cas de désaccord avec le Médecin conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Assuré et le Médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et experts 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'Assuré en faisant l'avance.

7.3 Modalités de versement de la prestation de dépendance totale et partielle

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, 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 de nouveau délai de franchise.

Lorsqu'une aggravation ou une diminution de l'état de la dépendance du Bénéficiaire entraîne la révision du montant de la rente, les versements sont calculés prorata temporis. Dans ce cas, il n'est pas appliqué de nouveau délai de franchise.

Au décès du Bénéficiaire, le dernier terme reste acquis. Quand l'état de dépendance cesse, le dernier versement prend fin au dernier jour du mois où survient l'évènement mettant un terme au versement de la garantie, le dernier mois étant acquis.

Les prestations garanties sont versées sur le compte du Bénéficiaire ou, le cas échéant, de son représentant légal, par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

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 ») ainsi que d'une attestation d'hébergement pour les Bénéficiaires d'une rente dépendance hospitalisation, à faire remplir par le responsable de l'établissement au 1^{er} janvier de chaque année.

7.4 Modification de la situation du Bénéficiaire et Evolution du risque

L'Adhérent ou son représentant légal, est obligé de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

Ces circonstances doivent être déclarées à la Mutuelle souscriptrice dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

L'Adhérent ou son représentant légal doit également déclarer tout changement de son lieu de vie dans les conditions définies dans le présent article.

7.5 Secret médical

L'Assuré ou le cas échéant son représentant légal doit transmettre tout document à caractère médical,

sous pli fermé et confidentiel, au médecin conseil de l'Assureur par le biais de la Mutuelle souscriptrice à l'adresse ci-dessous :

Secret médical
Mgéfi – 6, rue Bouchardon - CS 50070
75481 Paris Cedex 10

8) Délai de déclaration de sinistre Prescription et Déchéance

8.1 – 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 2 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies ou à partir des demandes de pièces complémentaires.

Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu pour la durée de garantie restant à courir qu'à partir de la réception du dossier complet par l'Assureur et après application de la franchise prévue au contrat.

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.

8.2 – 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 périr 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.

9) Fin de garantie et maintien de la garantie

9.1 Fin de garantie

L'inscription de l'Assuré au contrat et les garanties cessent d'être dues et/ou versées en cas :

- de demande de résiliation formulée par l'Adhérent par lettre recommandée ou recommandé électronique adressés à la Mutuelle souscriptrice dont les modalités sont définies à l'article 3.9 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la notice, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'inscription cesse le 31

décembre de l'année. Lorsque la résiliation concerne l'adhésion du Conjoint de l'Adhérent ou de la Personne assimilée, pour les adhésions survenues avant le 1^{er} janvier 2021, la demande de résiliation doit être signée conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou Personne assimilée ;

- de décès de l'Assuré, au jour du décès ;
- perte de la qualité de Membre participant ou de la perte de la qualité de Conjoint ou de Personne assimilée de la Mutuelle souscriptrice, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- de résiliation du contrat Plurio Dépendance MI-06, objet de la présente notice d'information, au jour de la prise d'effet de la résiliation ;
- de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, à cette date. Elle 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.

9.2 Maintien de l'Assuré en cas d'exclusion du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance (Adhésion survenue avant le 1^{er} janvier 2021)

Lorsque l'Adhérent preneur d'assurance demande l'exclusion du contrat de son Conjoint ou de la Personne assimilée, ce ou cette dernière peut demander son maintien au contrat dans les mêmes conditions, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice en application des statuts de celle-ci.

La demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice moins de 12 mois à compter de l'exclusion par l'Adhérent preneur d'assurance de son Conjoint ou de la Personne assimilée.

Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date de l'exclusion par l'Adhérent preneur d'assurance de son Conjoint ou de la Personne assimilée, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture. La cotisation est appelée à l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées dans la notice.

Aucune formalité médicale et/ou de délai de franchise ne sera applicable. La cotisation due par le Conjoint ou la Personne assimilée assuré sera identique à celle initialement versée par l'Adhérent preneur d'assurance.

9.3 Maintien de la garantie en cas de décès de l'Adhérent (Adhésion survenue avant le 1^{er} janvier 2021)

Lors du décès de l'Adhérent preneur d'assurance, l'Assuré peut, s'il en fait la demande, être maintenu au contrat aux mêmes conditions, avec l'accord de la Mutuelle souscriptrice, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice en application des statuts de celle-ci.

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

10) 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 présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4, Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

11) Renseignements- Réclamations et 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 :

- **Renseignement et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance :**

Pour toute demande d'information ou réclamation relative à l'admission dans l'assurance, le Réclamant peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à :

Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi)
Direction Relation et Gestion Adhérents
6 rue Bouchardon - CS 50070 – 75481 Paris

Cedex 10

Tél. : 09.69.39.69.29 (Appel non surtaxé)

- **Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations :**

Pour tout renseignement ou réclamation sur le règlement des cotisations, le Réclamant peut s'adresser à :

Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi)
Direction Relation et Gestion Adhérents
6 rue Bouchardon - CS 50070 – 75481 Paris

Cedex 10

Tél. : 09.69.39.69.29 (Appel non surtaxé)

- **Renseignement et Réclamation en cas de sinistre :**

Pour tout renseignement ou réclamation sur la gestion d'un sinistre relatif aux autres garanties : le Réclamant peut s'adresser à :

Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi)
Direction Relation et Gestion Adhérents
6 rue Bouchardon - CS 50070 – 75481 Paris

Cedex 10

Tél. : 09.69.39.69.29 (Appel non surtaxé)

L'Assureur ou, le cas échéant, la Mutuelle souscriptrice, adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum 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 contestation d'une décision médicale prise par le Médecin Conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision conformément à la procédure décrite aux articles 7.2 « Contrôle médical et Conciliation » de la présente notice d'information.

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 :

- par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- ou sur le site internet 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, notamment sur les conditions d'admission dans l'assurance.

ANNEXE 1 - Barème des cotisations

Pour les Adhérents au contrat, les montants de cotisations au titre du contrat MI-06 sont fixés comme suit à compter du 1^{er} janvier 2025 :

	Garantie Dépendance Totale		Garantie Dépendance Partielle	
	Groupe 1 ¹	Groupe 2 ²	Groupe 1 ¹	Groupe 2 ²
Age à l'adhésion	Pour 50 points mensuels*	Pour 108 € de rente mensuelle*	Pour 50 points mensuels*	Pour 108 € de rente mensuelle*
- de 36 ans	0,91 €	1,07 €	0,22 €	0,26 €
36 à 40 ans	0,91 €	1,07 €	0,22 €	0,26 €
41 à 45 ans	1,18 €	1,40 €	0,28 €	0,34 €
46 à 50 ans	1,59 €	1,88 €	0,39 €	0,47 €
51 à 55 ans	2,16 €	2,57 €	0,53 €	0,63 €
56 à 60 ans	3,14 €	3,71 €	0,80 €	0,95 €
61 à 65 ans	4,43 €	5,23 €	1,11 €	1,32 €
66 à 69 ans	5,70 €	6,72 €	1,42 €	1,67 €

* Cotisations mensuelles

¹ La valeur du point au 1^{er} janvier 2025 est de 1,83 €.

Pour l'Assuré non couvert au préalable par une garantie dépendance de l'Assureur :

- Rente mensuelle minimum : 150 points, soit 274 €
- Rente mensuelle maximum : 800 points, soit 1 464 €

Pour l'Assuré déjà couvert par une garantie dépendance de l'Assureur à la date de la demande d'adhésion au contrat Plurio Dépendance MI-06 :

- Rente mensuelle minimum : 50 points, soit 91 €
- Rente mensuelle maximum : 500 points, soit 915 €

² Pour l'Assuré :

- Rente mensuelle minimum : 216 €
- Rente mensuelle maximum : 2 160 €

ANNEXE 2 - Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie

A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom)

Nom de naissance

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 :

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 441-7⁽¹⁾ du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1⁽²⁾ et 313-3⁽³⁾ du Code pénal.

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 « Informatique et Libertés » modifiée le traitement de vos données à caractère personnel sont nécessaires à l'adhésion et la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur et ses prestataires.

Les traitements mis en oeuvre ont pour finalité : la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; 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 ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de l'Assureur, 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).

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 »)

⁽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 originialement 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. »



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-109 – 01/2025



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

