

NOTICE D'INFORMATION

DU CONTRAT MUDUO N°MI-01

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2015

I. Objet du contrat et principes généraux

I.1 Objet

En application des statuts de sa Mutuelle, tout membre participant peut inscrire au contrat souscrit par sa Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommé « l'Assureur ») son conjoint ou personne assimilée, pour permettre à ce ou cette dernière d'être couvert par les garanties décrites ci-après.

I.2 Principes généraux

- I.2.1 La garantie est individuelle et facultative.
- I.2.2 L'Adhérent et l'Assuré ont donné préalablement leur consentement et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des garanties résumées dans la présente notice qui leur a été remise.
- I.2.3 L'Adhérent et l'Assuré ont désigné de façon incontestable le ou les bénéficiaires de la garantie décès.
- I.2.4 La Mutuelle informe les adhérents au contrat des modifications apportées à la présente notice.

I.3 Définitions

- I.3.1 **L'Adhérent** est le membre participant de la Mutuelle, preneur d'assurance, ayant l'initiative de l'inscription au contrat de son conjoint ou personne assimilée et acquittant sa cotisation.
- I.3.2 **L'Assuré** est le conjoint du membre participant preneur d'assurance, ou personne assimilée, sur la tête duquel ou de laquelle repose le risque.
- I.3.3 **La personne assimilée** à un conjoint de membre participant est la personne déclarée comme telle à la Mutuelle lors de l'inscription au contrat.
- I.3.4 **Le bénéficiaire** est la personne à qui sont dues les prestations versées par l'Assureur en cas de réalisation du risque.
- I.3.5 **L'enfant à naître** est l'enfant né viable dans les 10 mois qui suivent le décès de l'Adhérent au contrat.
- I.3.6 **L'accident** est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Assuré et entraînant une atteinte corporelle. Sont réputés répondre à cette définition entre autres, 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 accidentels.
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 présent contrat, incombe au bénéficiaire.
- I.3.7 **Le Point de la Fonction Publique** est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100.

2. Règles communes

2.1 Adhésion au contrat

2.1.1 Conditions d'admission

Peuvent être admis au contrat les conjoints des membres participants de la Mutuelle ou personnes assimilées, âgés de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion au contrat.

Lorsque la demande d'adhésion intervient avant le 45^{ème} anniversaire du candidat à l'assurance, celui-ci doit remplir une déclaration d'état de santé.

Lorsque la demande d'adhésion est formulée entre le 45^{ème} et le 70^{ème} anniversaire du candidat à l'assurance, l'admission est soumise à l'acceptation de l'Assureur sur la base d'un questionnaire de santé traitée par le médecin conseil de l'Assureur.

Bénéficient également de ces dispositions, les conjoints des membres participants précédemment inscrits aux garanties décès dans les groupes 2, 4 ou 6 des contrats 0330] et 6046X, ainsi que ceux inscrits à un contrat couvrant le risque dépendance (6069X ou autre contrat) souscrits par l'Assureur ou par la Mutuelle. L'inscription au présent contrat n'entraîne pas d'obligation de radiation des précédents contrats.

En cas de mutation, le membre participant preneur d'assurance conserve son contrat dans les mêmes conditions et sans formalité médicale, s'il adhère à une mutuelle également souscriptrice au contrat.



2.1.2 Demande d'adhésion

Le membre participant de la Mutuelle remplit une demande d'adhésion au contrat au profit de son conjoint ou personne assimilée, selon un modèle approuvé par l'Assureur, par laquelle il précise l'identité et l'âge du conjoint ou personne assimilée, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice et indique le ou les bénéficiaires du capital décès.

Cette demande d'adhésion est datée et signée conjointement par le membre participant et la personne assurée qui donne son consentement à l'assurance.

La preuve de la qualité de personne assimilée peut être apportée par une déclaration de vie commune signée de l'Adhérent et l'Assuré sur le bulletin d'adhésion.

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérent doit régler d'avance sa première cotisation.

2.1.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion individuelle au contrat prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande d'adhésion pour les inscriptions non soumises à formalité médicale.

Dans le cas d'une adhésion soumise à formalité médicale, l'adhésion au contrat prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur.

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

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

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

2.1.4 Renonciation de l'adhésion au contrat

Dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où l'Adhérent a été informé de la prise d'effet de l'adhésion, l'Adhérent peut renoncer à l'adhésion par lettre rédigée selon le modèle ci-après et adressée en recommandé avec accusé de réception à la Mutuelle qui transmettra, dans les meilleurs délais, la demande de renonciation à l'Assureur.

Modèle de lettre de renonciation :

« **Je soussigné(e),**

Civilité....., Prénom....., NOM.....

Adresse.....

déclare renoncer à mon adhésion au contrat MUDUO, que j'ai signé le <...> et demande le remboursement du versement de cotisation que j'ai effectué, soit la somme de <...>, en date du <...>. Fait à, le <...> »

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

2.2 Radiation du contrat

2.2.1 L'inscription de l'Assuré au contrat cesse en cas de :

- demande de radiation formulée par l'Adhérent preneur d'assurance, par lettre recommandée envoyée à sa Mutuelle au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle du contrat ; dans ce cas, l'inscription cesse au jour de l'échéance annuelle du contrat.
- décès de l'Assuré, au jour du décès,
- perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle du preneur d'assurance, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité,
- non paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure décrite à l'Article L.141-3 du code des Assurances,
- résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de la résiliation avec maintien possible d'une couverture individuelle.



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

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

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

2.2.3 En cas de résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, les prestations en cours de service à la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits, sur la base de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

2.3 Maintien de l'Assuré au contrat en cas de décès de l'Adhérent

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

La demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle moins de 12 mois après le décès de l'Adhérent. Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date du décès de l'Adhérent, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture.

La cotisation est appelée à l'Assuré par la Mutuelle selon les modalités fixées par celle-ci.

2.4 Souscription d'un contrat par l'Assuré en cas de radiation du contrat par le preneur d'assurance.

Les conditions de maintien de l'Assuré au contrat en cas de radiation du contrat par le preneur d'assurance sont citées en annexe de la notice.

2.5 Maintien de la garantie à titre individuel après résiliation du contrat

En cas de résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, les membres participants justifiant d'une ancienneté d'au moins 2 ans dans le contrat, peuvent souscrire directement auprès de l'Assureur un contrat individuel similaire.

2.6 Cotisations

2.6.1 Les montants des cotisations sont calculés en appliquant le barème annexé à la présente notice.

2.6.2 La revalorisation des montants des cotisations s'effectue dans les mêmes conditions que la revalorisation des garanties et des rentes en cours de service définie aux articles 2.7 et 2.8.

2.6.3 Les montants des cotisations sont révisibles, indépendamment de leur revalorisation définie ci-dessus, lors de chaque renouvellement annuel de la garantie, en fonction des résultats du contrat.

2.6.4 La cotisation appelée à l'Adhérent par la Mutuelle peut être précomptée automatiquement sur le traitement ou pension dans les conditions déterminées par la Mutuelle.

2.6.5 Tout mois commencé est dû.

2.7 Revalorisation des garanties

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 1.3.7 ci-dessus, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2%.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

2.8 Revalorisation des rentes en cours de service

Les prestations périodiques, dénommées rentes aux Caractéristiques Spécifiques de la garantie « Dépendance », sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'Article 1.3.7, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2%.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

2.9 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre de ce contrat sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux



Caractéristiques Spécifiques des Garanties.

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

2.10 Prescription

- 2.10.1 **A défaut de délai mentionné dans les Caractéristiques Spécifiques des Garanties, les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par 2 ans, et par 10 ans pour les prestations dont le bénéficiaire n'est ni l'Assuré ni le preneur d'assurance.**
- 2.10.2 **A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée à l'intéressé, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.**

2.11 Contrôle médical et conciliation

- 2.11.1 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Assuré 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.
- 2.11.2 **L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.**
- 2.11.3 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.

2.12 Risques exclus

- 2.12.1 **Sont exclus de toutes les garanties du contrat et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :**
 - 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 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'Assuré.
- 2.12.2 **Sont exclus de la garantie décès, les décès résultant du suicide volontaire de l'Assuré survenant dans les 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat.**
- 2.12.3 **Sont exclus de la garantie dépendance, les sinistres résultant :**
 - 1) de toute atteinte, volontaire et consciente, par l'Assuré à son intégrité physique,
 - 2) 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,
 - 3) de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'Assuré,
 - 4) de la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,
 - 5) 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.



3. Garantie Décès

3.1 Objet et montant de la garantie

3.1.1 En cas de décès de l'Assuré survenu avant son 65^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit le versement d'un capital décès dont le montant est précisé en annexe.

3.1.2 Revalorisation de la garantie

Le montant est revalorisé dans les conditions définies au paragraphe 2.7.

3.2 Bénéficiaires du capital décès

Les bénéficiaires sont ceux désignés conjointement lors de l'adhésion par la personne Assurée et le membre participant preneur d'assurance de manière formelle et écrite. A l'inscription, l'Adhérent et l'Assuré ont le choix entre deux formules :

✓ la formule générale suivante :

« le membre participant preneur d'assurance »

à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés,

à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1^{er} degré,

à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires,

à défaut, la Mutuelle.»

✓ ou toute formule particulière différente :

Exemples : « mon conjoint pour 50 % et mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales pour les autres 50 % », « concubin 'X' » (indiquer les nom, prénoms, date et lieu de naissance, adresse ainsi que la quotité attribuée).

La formule générale s'applique à défaut du choix d'une formule particulière.

Sous réserve des droits propre du bénéficiaire acceptant en application de l'article L.132-9 du code des Assurances, l'adhérent et l'assuré peuvent modifier conjointement, à leur convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés.

3.3 Formalités en cas de sinistre

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

- un acte de décès de l'Assuré au contrat,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- toutes justifications utiles de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires,
- le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de 12 mois après l'adhésion,
- un document établissant la clause bénéficiaire lorsqu'il ne s'agit pas de la formule générale visée au paragraphe 3.2.

4. Garantie Dépendance

4.1 Objet et montant de la garantie

4.1.1 L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré en situation de dépendance.

Deux types de rentes, qui ne peuvent pas s'additionner, peuvent être servies :

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

4.1.2 Reconnaissance de la Dépendance

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

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

4.1.3 Revalorisation de la garantie

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies au paragraphe 2.7.



4.1.4 Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier de l'année civile dans les conditions définies au paragraphe 2.8.

4.2 Délai de carence

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de carence défini comme la période continue qui 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 au sens du paragraphe 1.3.6,
- 180 jours dans les autres cas.

4.3 Formalités en cas de sinistre

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

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection, mis sous pli fermé et confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur ;
- 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 prévue par l'Assureur ;
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Général du département de résidence de l'Assuré relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 ;
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion.
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

4.3.2 Le médecin conseil de l'Assureur aura toujours la possibilité de faire vérifier l'état de dépendance de l'Assuré par le médecin de son choix et/ou de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires, tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

4.4 Modalités de versement des prestations

4.4.1 Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle, versée à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis.

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

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

4.4.2 **La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie au 1^{er} janvier de chaque année.**

4.4.3 **Modification de la situation du bénéficiaire**

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

5. 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 dont les coordonnées sont les suivantes :





Société anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, au capital de 81 773 850 euros, régie par le code des Assurances,
RCS 507 648 053 PARIS

62, RUE JEANNE D'ARC - 75640 PARIS CEDEX 13