



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

PLURIO DEPENDANCE

MI-06

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2019

DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice, dont les mentions légales sont portées en annexe de la présente notice d'information, auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») – 62 rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13– RCS 507 648 053 Paris.
A compter du 15 février 2019, les nouvelles mentions légales de l'Assureur seront : MFPrévoyance - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance de 81 773 850 euros, Immatriculée au RCS Paris sous le n° 507 648 053, Entreprise régie par le Code des assurances, Dont le siège social est situé 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.
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 de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 6 « Cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 3.4 « Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné aux articles 2.1 « Objet » et 4 « Garantie dépendance » de la présente notice d'information, de garantir aux Assurés lors de la survenance du risque Dépendance totale ou partielle, tels que définis au sein de la présente notice d'information, le versement d'une rente.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5 « Risques exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06, relatif à la présente notice d'information, s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 « Conditions d'adhésion » et 3.2 « Demande d'adhésion » de la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 6.10 de la présente notice d'information.
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 3.3 « Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance » de la présente 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 12 « Renseignements – Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

2. Objet du contrat et Définitions

2.1 Objet

Le contrat Plurio Dépendance MI-06 relatif à la présente notice d'information 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 tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français. La langue utilisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information 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 « GIR 4 ») » de la présente notice d'information.

2.2 Définitions

L'Accident est défini par 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 EVENEMENTS LIES A DES ACTES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX NE SONT PAS CONSIDERES COMME ACCIDENTELS, S'ILS NE DECOULENT PAS DIRECTEMENT ET EXCLUSIVEMENT DE L'ACCIDENT.

L'Adhérent est la personne physique, Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, ayant adhéré au contrat PLURIO DEPENDANCE MI06 et/ou a inscrit au contrat relatif à la présente notice, son Conjoint ou la Personne assimilée. Il doit répondre aux conditions posées par les statuts de la Mutuelle souscriptrice et aux conditions posées par la présente notice et s'engage à ce titre à verser la cotisation correspondante.

L'Adhérent est appelé **preneur d'assurance** lorsqu'il inscrit au contrat relatif à la présente notice d'information son Conjoint ou la Personne assimilée.

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

L'Assureur est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFPrévoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance,

entreprise régie par le Code des Assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat Plurio Dépendance MI-06, objet de la présente notice d'information

A compter du 15 février 2019, les nouvelles mentions légales de l'Assureur seront : MFPrévoyance - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance de 81 773 850 euros, Immatriculée au RCS Paris sous le n° 507 648 053, Entreprise régie par le Code des assurances, Dont le siège social est situé 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

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

Le Certificat d'inscription est le document envoyé à l'Adhérent. Il reprend notamment la liste des personnes assurées 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 : 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. Dans le cadre de la présente notice, le Délégué de gestion est : **Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)**, Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité, Code SIREN numéro 775 666 332, Dont le siège social est située 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15.

La Fraude à l'assurance : Lorsque l'Adhérent ou la Mutuelle souscriptrice effectue un " acte volontaire afin de tirer un profit illégitime du présent contrat d'assurance ". Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du présent contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

La fraude est constituée de deux éléments : un élément matériel (la communication de fausses informations à l'assureur) et un élément moral (une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle).

La Mutuelle souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat relatif à la présente notice d'information au bénéfice de ses Membres Participants.

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 la personne déclarée comme telle lors de l'inscription au contrat, objet de la présente notice d'information.

Dans le cadre du contrat relatif à la présente notice d'information, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

Les Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères : Est défini comme Personne Politiquement Exposée, l'Assuré, le cas échéant son Bénéficiaire, le Bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ou de capitalisation, le cas échéant son Bénéficiaire, qui est exposé à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'il exerce ou a exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires.

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. La valeur annuelle du traitement afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 623,23 euros à compter du 1^{er} février 2017.

Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du point, se référer au site : <http://vosdroits.servicepublic.fr/particuliers/F461.xhtml>.

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 présente notice.

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 DEPENDANCE MI-06 souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de l'Assureur pour bénéficier de la garantie individuelle Rente Dépendance décrite ci-après (groupe 2) ;
- inscrire audit contrat son Conjoint ou Personne assimilée, pour permettre à ce ou cette dernière d'être couvert par la même garantie.

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

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

Il doit également respecter les conditions de santé de l'article 3.2 « Conditions de santé » de la présente notice.

3.2 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 toutes autres pièces demandées par le Médecin conseil de l'Assureur.

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 avec 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 trois (3) mois à compter de la date de signature apposée par le candidat à l'assurance.

Ce questionnaire est à placer sous pli confidentiel et à adresser par le candidat à l'assurance au médecin-conseil de l'Assureur agrafé à la demande d'adhésion :

- Du 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

TSA 91401 62, rue Jeanne d'Arc

75640 Paris Cedex 13

- A compter du 15 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

TSA 90 555, 4 rue Berthollet

94110 Arcueil Cedex

Le candidat à l'assurance doit déclarer à la Mutuelle souscriptrice par lettre recommandée, les circonstances aggravantes dont il a eu connaissance entre la date du questionnaire de santé et celle de la conclusion du contrat, objet de la présente notice et/ou sa prise d'effet.

3.3 Demande d'adhésion – Changement Mutuelle souscriptrice – Evolution du risque

3.3.1 Formalités d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion selon un modèle approuvé par l'Assureur, rempli, daté et signé, transmis à la Mutuelle souscriptrice accompagné 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, donne son consentement à l'assurance et reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d'information.

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

Dans le cas où la demande d'adhésion concerne le Conjoint ou la 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 la Personne assimilée qui donne son consentement à l'assurance.

Lors de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information de l'Adhérent et/ou de son Conjoint ou de la Personne assimilée, l'Adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

3.3.2 Changement de Mutuelle souscriptrice

En cas de changement de Mutuelle souscriptrice, si le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice adhère à une autre Mutuelle souscriptrice ayant également souscrit au présent contrat PLURIO Dépendance MI-06 relatif à la présente notice, l'Assuré est maintenu au contrat relatif à la présente notice sans formalité médicale dès lors que sa nouvelle adhésion à la Mutuelle souscriptrice fait immédiatement suite à son départ de la mutuelle précédemment souscriptrice du contrat Plurio Dépendance MI-06.

3.3.3 Evolution du risque

L'Adhérent doit déclarer, en cours de contrat, objet de la présente notice, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

L'Adhérent doit, par lettre recommandée déclarer à la Mutuelle souscriptrice, ces circonstances dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

3.4 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 objet de la présente notice 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 liés à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent.

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 par lettre recommandée avec avis de réception pendant **un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus** à compter :

- ✓ du jour de la conclusion du contrat objet de la présente notice 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 121-28 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat, objet de la présente notice est conclu).

La date de conclusion du contrat, objet de la présente notice 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 objet de la présente notice avant l'échéance du délai de rétractation.

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, envoyée à l'adresse suivante :

- Du 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
Direction Gestion Service Prévoyance
62, rue Jeanne d'Arc
TSA 91401 75621 PARIS Cedex 13.

- A compter du 15 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

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

« Par la présente lettre recommandée avec avis de

réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat PLURIO DEPENDANCE N° MI-06** que j'ai signé 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 avec avis de réception, la date du cachet de la Poste faisant foi, l'adhésion au titre du contrat objet de la présente notice 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 trente (30) jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception qui correspond à la date de résiliation du contrat. Au-delà du délai de trente (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 objet de la présente notice 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 par lettre recommandée avec avis de réception pendant **un délai de quatorze (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 vingt-quatre (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, objet de la présente notice 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 objet de la présente notice avant l'échéance du délai de rétractation.

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, envoyée à l'adresse suivante :

- Du 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
Direction Gestion Service Prévoyance
62, rue Jeanne d'Arc
TSA 91401 75621 PARIS Cedex 13.

- A compter du 15 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

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

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat PLURIO DEPENDANCE N° MI-06** que j'ai signé 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 avec avis de réception, la date du cachet de la Poste faisant foi, 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 trente (30) jours maximal à compter du jour où l'Adhérent a envoyé sa lettre de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception pour se rétracter. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

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

Sous réserve du paiement 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 effective du paiement de celle-ci.

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du premier (1^{er}) janvier sauf résiliation de

l'adhésion dans les conditions visées à l'article 3.7 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la présente notice d'information et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent d'un Certificat de garantie confirmant son inscription au contrat relatif à la présente notice d'information.

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

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

LES DECLARATIONS FAITES PAR LES ADHERENTS A LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE ET A L'ASSUREUR, AINSI QUE LES DECLARATIONS FAITES PAR LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE A L'ASSUREUR SERVENT DE BASE A LA COUVERTURE.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, LA GARANTIE ACCORDEE A L'ADHERENT PAR L'ASSUREUR EST NULLE EN CAS DE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE L'ADHERENT OU DE LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE TANT LORS DE L'INSCRIPTION QU'AU COURS DU CONTRAT OBJET DE LA PRESENTE NOTICE, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE.

LES COTISATIONS ACQUITTEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS.

L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE DE LA PART DE L'ASSURE DONT LA MAUVAISE FOI N'EST PAS ETABLIE N'ENTRAINE PAS LA NULLITE DE L'ASSURANCE.

SI ELLE EST CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, L'ASSUREUR A LE DROIT SOIT DE MAINTENIR LE CONTRAT, MOYENNANT UNE AUGMENTATION DE PRIME ACCEPTEE PAR L'ASSURE, SOIT DE RESILIER LE CONTRAT OBJET DE LA PRESENTE NOTICE DIX JOURS APRES NOTIFICATION ADRESSEE A L'ASSURE PAR LETTRE RECOMMANDEE, EN RESTITUANT LA PORTION DE LA PRIME PAYEE POUR LE TEMPS OU L'ASSURANCE NE COURT PLUS.

DANS LE CAS OU LA CONSTATATION N'A LIEU QU'APRES UN SINISTRE, L'INDEMNITE EST REDUITE EN PROPORTION DU TAUX DES PRIMES PAYEES PAR RAPPORT AU TAUX DES PRIMES QUI AURAIENT ETE DUES, SI LES RISQUES AVAIENT ETE COMPLETEMENT ET EXACTEMENT DECLARES.

EN CAS DE SURVENANCE D'UN SINISTRE OU DE TOUTE DEMANDE D'INTERVENTION, L'ASSURE PRODUISANT SCIEMMENT DES DOCUMENTS INEXACTS OU FRAUDULEUX SERA DECHU DE SON DROIT AUX PRESTATIONS TELLES QUE DECRITES DANS LE CONTRAT, OBJET DE LA PRESENTE NOTICE.

3.7 Notice d'information

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

Toute modification apportée au contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances relatif à la présente notice d'information.

3.8 Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat relatif à la présente notice, c'est-à-dire à l'ensemble des garanties souscrites par l'envoi d'une lettre recommandée à la Mutuelle souscriptrice, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle du présent contrat.

Lorsque la résiliation concerne l'adhésion du Conjoint ou de la Personne assimilée de l'Adhérent, la lettre est signée conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou la Personne assimilée.

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES 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.

L'Assureur garantit le versement de 50 % de la rente décrite ci-dessus à l'Adhérent reconnu en état de dépendance partielle et qui a souscrit l'option définie à l'article 4.6 « La dépendance partielle (garantie optionnelle « GIR 4 ») » 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 présente notice d'information et au plus tard jusqu'au décès de l'Assuré.

4.2 Montant garanti selon les groupes 1 et 2

Deux groupes de garanties existent dans le Contrat collectif relatif à la présente notice d'information :

4.2.1 - Groupe 1 : Fermé à l'adhésion

Ce groupe concerne uniquement les Adhérents présents dans le présent Contrat collectif **avant le 31 décembre 2009**.

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

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle exprimée en points. Le montant de la garantie de base est fixé à 50 points minimum.

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 2019 est de 1,76 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 DEPENDANCE, le montant de la garantie est fixée 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 la souscription du contrat relatif à la présente notice ou selon les modalités définies à l'article 4.4 « Modification du montant de la garantie et formalités à accomplir » de la présente notice.

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

L'Adhérent choisit le montant de sa garantie par 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 présente notice d'information.

La valeur d'une tranche au 1^{er} janvier 2019 est de 103 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 peut demander en cours de contrat relatif à la présente notice d'information une modification du montant de sa garantie, celle de son Conjoint ou Personne assimilée, dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2 « Montant » de la présente notice d'information.

La demande doit être notifiée à la Mutuelle souscriptrice, et dans le cas où celle-ci concerne la garantie du Conjoint ou de la Personne assimilée de l'Adhérent, le bulletin d'adhésion relatif à la modification du montant garantie doit être signé conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou la Personne assimilée.

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.

Lorsque l'Adhérent demande une augmentation de montant de la garantie, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information. 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.

Lorsque l'Adhérent a souscrit au groupe 1 et souhaite ultérieurement souscrire au groupe 2 en complément du groupe 1, le cumul des montants garantis ne pourra pas dépasser le montant maximum de garantie autorisé pour le groupe 2, une tranche correspondant à 103 €.

Ces modifications sont constatées par l'envoi d'un Certificat d'inscription 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 La 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 » de la présente notice d'information.

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

- est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre (4) actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver). Les quatre (4) actes ordinaires de la vie sont définis comme suit :
 - o se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - o 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 ;
 - o s'alimenter : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
 - o 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 reconnu 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 remplit l'ensemble des conditions relatives à la dépendance.

La date de reconnaissance, déterminée par l'Assureur, ne peut être antérieure à la date de réception de la demande de prestation dépendance. Ces deux dates peuvent être identiques si après instruction médicale du dossier par l'Assureur, l'état de santé de l'Assuré ouvre droit à prestations.

4.6 La dépendance partielle (garantie optionnelle « GIR 4 »)

4.6.1 Objet

L'option GIR 4 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 » de la présente notice d'information.

4.6.2 Conditions

Le choix de l'option GIR 4 peut intervenir lors de l'adhésion au contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06, objet de la présente notice d'information, ou en cours de contrat relatif à la présente notice.

Ce choix est révocable.

L'octroi de l'option est subordonné à l'accomplissement des conditions d'âge et de santé prévues à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information.

4.6.3 Formalités

La demande d'adhésion à l'option GIR 4 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. Dans le cas où la demande d'adhésion 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 GIR 4 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 :

- est classé dans le groupe iso-ressource 4 en application de la grille d'évaluation AGGIR mise au point et diffusée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique décrite à l'Annexe 1 du décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 publié au Journal Officiel du 21 novembre 2001.
- se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer seul au moins trois (3) des quatre (4) actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller : Les quatre (4) actes ordinaires de la vie sont définis comme suit :

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 (cane, 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.

- Est reconnu par le médecin-conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

L'état de dépendance est reconnu 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 remplit l'ensemble des conditions relatives à la dépendance.

La date de reconnaissance, déterminée par l'Assureur, ne peut être antérieure à la date de réception de la demande de prestation dépendance. Ces deux dates peuvent être identiques si après instruction médicale du dossier par l'Assureur, l'état de santé de l'Assuré ouvre droit à prestations.

4.7 Délai de franchise

La Rente Dépendance est versée à l'issue d'un délai de franchise 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,
- 180 jours dans les autres cas.

5 Risques exclus

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT LES DÉPENDANCES 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 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 ;
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 PROFESSIONNELLES 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 La cotisation due au titre de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information de l'Adhérent et/ou de son Conjoint ou de la Personne assimilée est appelée par la Mutuelle souscriptrice à l'Adhérent selon les modalités prévues ci-dessous par l'Adhérent.

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.

Tout mois commencé est dû.

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

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

6.3 La garantie optionnelle « GIR 4 » 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 de la présente notice d'information.

6.4 Au même titre que les prestations définies à l'article 4.2 « Montant » de la présente notice d'information 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.

6.5 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.

6.6 En cas de diminution ou d'augmentation du montant de la garantie, 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. Ces modifications sont constatées par l'envoi de Certificat d'inscription à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice.

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

6.8 L'Adhérent qui perçoit une rente au titre du contrat relatif à la présente notice d'information est exonéré du paiement de l'ensemble de ses cotisations.

6.9 En cas de non-paiement de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, son exclusion du contrat relatif à la présente notice d'information, conformément à la procédure définie à l'article L141-3 du Code des assurances.

6.10 Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle à la Mutuelle souscriptrice, payable selon les modalités prévues au Règlement Mutualiste de cette dernière.

TSA 91401 62, rue Jeanne d'Arc
75640 Paris Cedex 13

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 certificat médical établi par le médecin traitant ou 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. Ce certificat médical est à adresser sous pli fermé et confidentiel au médecin conseil de l'Assureur ;
- en outre en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement,
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Général du département 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 ;
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion ;
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si le 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 du jugement de tutelle ou de curatelle, ou la désignation d'un administrateur légal, d'un gérant de tutelle) ;
- Toute autre pièce ou formulaire demandé 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.

Les pièces doivent être transmises à l'adresse suivante :

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

- Du 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

- A compter du 15 février 2019, à l'adresse suivante:

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

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, objet de la présente notice d'information.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Assuré et/ou de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires. Ces contrôles et examens 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 versement de prestation.

L'ASSURÉ QUI REFUSERAIT DE SE SOUMETTRE AU CONTRÔLE MÉDICAL OU AUX EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS PERDRAIT TOUT DROIT A LA PRESTATION CONSIDÉRÉE.

En cas de désaccord avec le Médecin conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois (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

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 un 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 un nouveau délai de franchise.

Au décès du Bénéficiaire, le dernier terme reste acquis. Quand l'état de dépendance cesse, le dernier versement est calculé *prorata temporis*.

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 1 « Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie » du présent contrat) 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 bénéficiant de la rente du contrat Plurio Dépendance MI-06, objet de la présente notice d'information, 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 inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

L'Adhérent bénéficiant de la rente du contrat Plurio Dépendance MI-06, objet de la présente notice d'information, ou son représentant légal doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à la Mutuelle souscriptrice dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

L'Adhérent bénéficiant de la rente du contrat Plurio Dépendance MI-06, objet de la présente notice d'information, 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 doit transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé et confidentiel, à l'adresse suivante:

- Du 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 91401 62, rue Jeanne d'Arc
75640 Paris Cedex 13

- A compter du 15 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555, 4 rue Berthollet
94110 Arcueil Cedex

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 présent contrat, toute demande de prestations doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice **DANS LES DEUX (2) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS PEUVENT D'ETRE SERVIES OU A PARTIR DES DEMANDES DE PIECES COMPLEMENTAIRES** et au plus tard dans les conditions définies ci-après.

Toutefois, si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration de sinistre lui a causé un préjudice, il peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

8.2 – Prescription

TOUTES ACTIONS DERIVANT DU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION SONT PRESCRITES PAR DEUX ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 114-1 DU CODE DES ASSURANCES.

TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :

1° EN CAS DE RETICENCE, OMISSION, DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OU L'ASSUREUR EN A EU CONNAISSANCE ;

2° EN CAS DE SINISTRE, QUE DU JOUR OU LES INTERESSES EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORE JUSQUE-LA.

LA PRESCRIPTION EST PORTEE A DIX ANS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE LORSQUE LE BENEFICIAIRE EST UNE PERSONNE DISTINCTE DE L'ADHERENT ET, DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE CONTRE LES

ACCIDENTS ATTEIGNANT LES PERSONNES, LORSQUE LES BENEFICIAIRES SONT LES AYANTS DROIT DE L'ASSURE DECEDE.

POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE, NONOBTANT LES DISPOSITIONS DU 2°, LES ACTIONS DU BENEFICIAIRE SONT PRESCRITES AU PLUS TARD TRENTE ANS A COMPTER DU DECES DE L'ASSURE.

CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L 114-2 DU CODE DES ASSURANCES, LA PRESCRIPTION PEUT ETRE INTERROMPUE PAR LA CITATION EN JUSTICE, LE COMMANDEMENT, LA SAISIE, L'ACTE D'EXECUTION FORCEE OU L'ACTE DU DEBITEUR PAR LEQUEL CELUI-CI RECONNAIT LE DROIT DU CREANCIER.

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RESULTER DE LA DESIGNATION D'EXPERTS A LA SUITE D'UN SINISTRE AINSI QUE DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE OU D'UN ENVOI RECOMMANDE ELECTRONIQUE, AVEC ACCUSE DE RECEPTION, ADRESSES PAR LA MUTUELLE A L'ASSURE EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA PRIME ET PAR L'ASSURE A LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE L'INDEMNITE.

8 Exclusion du contrat et maintien de la garantie

9.1 Exclusion du contrat

L'inscription de l'Assuré au contrat et les garanties cessent en cas :

- de demande de résiliation formulée par l'Adhérent par lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice dont les modalités sont définies à l'article 3.8 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la présente 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 ou la Personne assimilée de l'Adhérent, 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, preneur d'assurance 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 non-paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de l'exclusion du contrat relatif à la présente notice d'information conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances et

décrite à l'article 6.9 de la présente notice d'information;

- de résiliation du contrat PLURIO DEPENDANCE 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 trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

9.2 Souscription d'un contrat par l'Assuré en cas d'exclusion du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance

Lorsque l'Adhérent preneur d'assurance demande l'exclusion du contrat relatif à la présente notice d'information de son Conjoint ou de la Personne assimilée, ce ou cette dernière peut souscrire un nouveau contrat aux 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 relatif à la présente notice d'information doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice **moins de douze (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 présente notice.

Aucune formalité médicale et/ou de délai de franchise ne sera applicable. La cotisation sera à cet effet celle initialement versée par le Conjoint ou la Personne assimilée, Assuré.

9.3 Maintien de la garantie en cas de décès de l'Adhérent

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 relatif à la présente notice d'information doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice **moins de douze (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.

9 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
75436 PARIS CEDEX 09

10 Clause Anti-corruption

L'Assureur applique une tolérance zéro à l'égard de toute forme de corruption. Sa politique de lutte contre la corruption peut être fournie sur simple demande.

La Mutuelle souscriptrice s'engage non seulement à ne participer à aucun acte de corruption, mais également de ne participer à aucune action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption. La Mutuelle souscriptrice informe immédiatement l'Assureur sur d'éventuels risques de corruption.

La Mutuelle souscriptrice veille à ne pas recevoir ou donner des cadeaux ou avantages de ou à quelque personne que ce soit dans le cadre de la présente convention.

La Mutuelle souscriptrice s'engage également à appliquer une vigilance particulière dans le cadre d'une collaboration avec des agents publics, des fonctionnaires ou des personnes politiquement exposées (PPE), ainsi que dans ses démarches de recrutement, pour toujours éviter toute apparence d'une forme de corruption.

La Mutuelle souscriptrice veille à ce que ses Délégués de gestion ou sous-traitants ou fournisseurs appliquent des règles équivalentes en matière de lutte contre la corruption.

11 Renseignements-Réclamations et Médiation

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

MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
RCS 507 648 053 PARIS,
Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13

à remplir en lettres capitales

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom)

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées, divorcées et veuves)

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

Né (e) le..... à.....

Demeurant (adresse complète)

.....

.....

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser).....

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

N° du contrat :

Entreprise ou personne morale :

N° Dossier :

Je reconnais avoir été informé (e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 441-7 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.

Protection des données personnelles

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur et ses prestataires.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, à la limitation, d'opposition et de portabilité des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurance pour MFPrévoyance– Délégué à la Protection des données - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

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 originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

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

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