

NOTICE D'INFORMATION

DU CONTRAT DÉCÈS N°6046X

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2009

I. Objet et principes généraux

I.1 Objet

En application des statuts de sa Mutuelle, lors de son inscription, tout adhérent peut bénéficier des garanties collectives en cas de décès et/ou d'invalidité permanente et absolue (IPA) du contrat 6046X, souscrit par sa Mutuelle, auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommé « l'Assureur »), dans les conditions résumées ci-après.
Le contrat est soumis au code des Assurances.

I.2 Principes généraux

- I.2.1 La garantie est collective. Elle s'exerce conformément aux statuts de la Mutuelle et au règlement de l'Assureur.
- I.2.2 Les capitaux garantis sont invariables au cours de l'année, sauf en cas de mariage de la personne garantie ou de survenance d'enfants.
- I.2.3 Les personnes couvertes ont donné, préalablement, leur consentement par écrit et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des garanties résumées dans la présente notice qui leur a été remise.
- I.2.4 Les personnes garanties ont désigné de façon incontestable les bénéficiaires des prestations.

2. Dispositions communes

2.1 Formalités d'inscription

2.1.1 Bulletin d'inscription

La Mutuelle fait établir par les candidats, un bulletin d'inscription précisant les nom, prénoms, date de naissance, situation de famille, garanties retenues, bénéficiaires en cas de décès. Ces bulletins, datés et signés par les intéressés sont conservés par la Mutuelle.

2.1.2 Bénéficiaires

1°) Les bénéficiaires du capital versé en cas de décès de l'adhérent appartenant aux groupes I et I Ter ci-après définis, sont au choix de l'adhérent qui a recours à deux formules :

- formule générale suivante :

mon conjoint non séparé de corps par jugement, ni divorcé,
à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés,
à défaut et par parts égales, mes ascendants au 1^{er} degré,
à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires,
à défaut, à la Mutuelle.

- à toute formule particulière différente.

Sous réserve des droits propres du «bénéficiaire acceptant», toute modification à cette liste ou toute autre répartition du capital garanti entre plusieurs bénéficiaires peut être formulée à n'importe quel moment. Les modifications effectuées demeurent valables tout aussi longtemps qu'elles n'ont pas été annulées ou remplacées. Elles n'ont donc pas à être renouvelées chaque année. A défaut de choix de la formule particulière, la formule générale s'applique.

2°) Le bénéficiaire de l'allocation d'obsèques est la personne qui a supporté les frais d'obsèques (groupe 5 des enfants à charge, défini ci-après).

3°) Le bénéficiaire du capital versé en cas d'IPA est l'adhérent.

2.1.3 Contrôle de santé pour l'inscription au groupe I défini ci-après

1. L'inscription de nouveaux adhérents dans la garantie a lieu sans formalité médicale pour le niveau de garantie minimum. Il en est de même pour le niveau de garantie recommandé demandé dans le délai de cinq ans qui suit l'entrée dans l'administration. Il en va de même à tout moment pour le passage du niveau de garantie minimum au niveau de garantie recommandé demandé dans les 12 mois suivant une modification intervenue dans la situation familiale de l'adhérent (mariage ou survenance d'enfant).

2. Dans les autres cas, un contrôle médical est effectué par l'Assureur ou par un organisme désigné par elle, sous forme de questionnaire de santé et, le cas échéant, de visite passée auprès d'un médecin contrôleur de l'Assureur ou de l'organisme désigné et aux frais de l'une ou de l'autre.

2.2 Cotisations

2.2.1 Les cotisations dues au titre des garanties souscrites sont calculées sur la base d'un taux actualisé périodiquement et appliqué aux capitaux garantis, connu à l'adhésion et à chaque renouvellement annuel.

2.2.2 La cotisation appelée à l'adhérent par la Mutuelle peut être précomptée automatiquement sur le traitement dans les conditions déterminées par la Mutuelle.

Lorsqu'elle n'est pas précomptée, la cotisation fait l'objet d'un appel fixant les conditions de son règlement.



2.2.3 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, d'un certificat d'inscription précisant les conditions de sa garantie.

2.2.4 Tout trimestre commencé est dû.

2.3 Augmentation de garantie

Les augmentations de garanties prennent effet au début de l'année de couverture. Toutefois, lorsqu'elles sont corrélatives à un événement familial, elles prennent effet immédiatement à la date fixée par la Mutuelle ou au plus tard dans les 12 mois suivant l'événement.

2.4 Radiations

Sont radiés de la couverture :

- ✓ à la fin de la période de souscription :
 - l'ensemble des personnes couvertes par la Mutuelle, en cas de non-renouvellement de la couverture à l'expiration de la période de souscription ;
- ✓ à la fin du trimestre civil :
 - la personne couverte en cas de non paiement des cotisations conformément à la procédure visée à l'article L113-3 du code des Assurances ;
 - la personne pour laquelle a été versé le montant garanti, suite à décès ;
 - la personne qui perd la qualité de mutualiste.

2.5 Formalités à remplir en cas de sinistre décès et/ou d'invalidité permanente et absolue (IPA)

Le dossier de paiement du capital garanti doit obligatoirement comprendre :

1. une demande de règlement avec un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire désigné,
2. si le capital garanti doit être doublé ou triplé, la preuve de la relation directe de cause à effet entre, d'une part, l'accident ou l'accident de la circulation et, d'autre part, le décès et/ou l'invalidité permanente et absolue de l'adhérent, ainsi que la preuve de la nature de l'accident ou l'accident de la circulation. Les preuves incombent au bénéficiaire. La possibilité de doublement ou triplement concerne uniquement les groupes 1, 1 Ter, 2, 3, 4 et 6 définis ci-après.

En cas de décès, en outre :

3. une photocopie du livret de famille, certifiée conforme par l'intéressé (dans le cas de naissance en cours d'année puisque la situation familiale intervient dans le calcul de la somme à payer),
4. un acte de décès de l'assuré au contrat,
5. un certificat médical constatant le décès ou l'accident à la suite duquel l'adhérent a succombé et indiquant si le décès est dû à une cause naturelle,
6. une facture acquittée des pompes funèbres et/ou du marbrier funéraire ou de tout autre organisme ayant en charge les travaux funéraires et tout document établissant l'identité de (la ou) des personnes ayant supporté les frais d'obsèques et le montant exact de ceux-ci (groupe 5).

En cas d'invalidité permanente et absolue :

7. d'un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'adhérent est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit.

Si le sinistre (Décès ou IPA) résulte d'un accident outre les certificats visés ci-dessus, il y a lieu de joindre tout document prouvant le lien de cause à effet entre le sinistre d'une part et, d'autre part l'accident ou l'accident de la circulation.

Toute demande présentée au titre de l'IPA, doit être formulée au plus tard dans un délai de six mois à compter de la date à laquelle l'intéressé a cessé d'être compris dans la couverture ou conformément aux limites d'âge indiqués à l'article 8.2 ci-après.

3. Caractère incontestable du contrat et fausse déclaration

Les déclarations faites par les assurés aux Mutuelles et à l'Assureur, ainsi que les déclarations faites par la Mutuelle à l'Assureur servent de base à la couverture. Celle-ci est incontestable, sauf réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de la Mutuelle, tant lors de l'inscription 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 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 par l'Assureur à l'adhérent 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.



Pour le groupe I et I Ter définis ci-après, en cas d'erreur sur l'âge ou sur la situation professionnelle d'un ou de plusieurs adhérent(s), il y a lieu alors à révision de la cotisation.

4. Risques assurés

4.1 Sous réserve des exclusions prévues à l'article 5, le paiement du montant garanti est dû si, durant la période de couverture la personne garantie décède et/ou est atteinte d'invalidité permanente et absolue (IPA).

4.2 L'invalidité permanente et absolue doit survenir durant la période de couverture et avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite.

On entend par invalidité permanente et absolue, l'état de l'adhérent qui se trouve dans l'incapacité absolue et définitive de fournir le moindre travail pouvant lui apporter gain ou profit qu'il s'agisse de sa profession ou non.

4.3 Le capital est doublé en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue résultant d'un accident et triplé en cas d'accident de la circulation.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Sont réputés répondre à cette définition les sinistres résultant :

- d'un accident de service reconnu comme tel pour l'administration,
- d'un accident de travail reconnu comme tel par la Sécurité Sociale,
- d'un attentat survenu dans l'exercice des fonctions reconnu comme tel par l'administration.

L'accident de la circulation est celui dont l'adhérent est victime :

- au cours d'un trajet à pied, sur voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton,
- à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

Le doublement ou le triplement n'est pas prévu pour le groupe 5.

5. Risques exclus

5.1 Sont exclus des garanties des groupes I, I Ter, 2, 3, 4 et 6 et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

- 1) du suicide volontaire de l'adhérent dans la première année de couverture,
- 2) de toute atteinte, volontaire et consciente, par la personne couverte à son intégrité physique,
- 3) du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne couverte dès lors que ce bénéficiaire a été condamné ; les autres bénéficiaires ne sont pas concernés par cette exclusion,
- 4) de tentatives de records, de compétition, d'usage d'appareils ou d'équipement non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation),
- 5) de faits de guerre 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.

5.2 Sont exclus de la garantie «décès par accident» et «décès par accident de la circulation», les sinistres résultant de :

- 1) démonstrations, acrobaties, raids, avec des appareils munis de certificats de navigabilité,
- 2) vols sur ailes volantes, sur U.L.M., sur prototypes homologués.

6. Forclusion et prescription

6.1 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 pas l'adhérent.

Ces délais courent à partir du moment où le bénéficiaire a connaissance de l'évènement donnant droit à la garantie.

En outre, en dehors des garanties couvrant le risque de décès de l'adhérent, les demandes de prestations doivent être formulées du vivant de l'adhérent par l'adhérent lui-même ou son représentant légal.

Ne permettant pas l'avis du médecin conseil de l'Assureur, toute demande de prestations formulée après le décès de l'adhérent sera systématiquement refusée.

6.2 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.



7. Autorités de contrôle

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) s'assure du respect des engagements contractés par celles-ci 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 des Assurances et des Mutuelles dont les coordonnées sont les suivantes :

ACAM
61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09

8. Groupe I : actifs

8.1 Sous-groupes couverts et personnes affiliables

La couverture s'applique à titre obligatoire aux catégories suivantes :

8.1.1 « Anciens adhérents »

Anciens adhérents des mutuelles adhérentes à l'Assureur quel qu'ait été leur âge au moment de l'adhésion qui étaient garantis dans le cadre du contrat fédéral décès 0330 J souscrit par la Mutualité Fonction Publique auprès de la CNP, qui sont en situation d'activité.

8.1.2 « Nouveaux adhérents »

L'adhésion a lieu sans formalité médicale pour les nouveaux adhérents des mutuelles adhérentes à l'Assureur en situation d'activité de service, et à condition qu'ils soient entrés, depuis moins de cinq ans, dans la fonction publique ou salarié d'un « employeur public ».

Si le membre participant de la Mutuelle ne répond pas aux conditions énoncées ci-dessus, une sélection médicale est effectuée. L'inscription dans la garantie est alors subordonnée à l'avis favorable du médecin conseil de l'Assureur.

8.1.3 « Adhérents assimilés actifs »

Adhérents des Mutuelles adhérentes qui sont soit :

- admis au bénéfice d'un congé spécial, placés en situation de détachement ou de disponibilité,
- en situation d'activité,
- retraités ayant au moins un enfant handicapé à charge.

Répond à cette définition, l'enfant quelque soit son âge qui est dans l'impossibilité de se livrer à une activité salariée en milieu ordinaire ou non protégé du fait de son handicap.

8.1.4 « Veufs ou veuves »

Veufs ou veuves non remariés d'adhérents qui ont été inscrits dans les garanties des conjoints du vivant de ceux-ci, sous réserve qu'ils aient des enfants à charge et qu'ils puissent eux-mêmes conserver la qualité de membres participants d'une des mutuelles adhérentes à l'Assureur.

8.2 Capital garanti

Deux classes de garanties sont prévues dont les montants et plafonds sont fixés à l'adhésion et à chaque renouvellement individuel annuel :

- l'une de **niveau recommandé** est choisie par les adhérents à titre individuel, soit au moment de leur entrée dans le contrat, soit au renouvellement de la garantie, soit encore à l'occasion d'un changement de situation (mariage ou survenance d'un enfant uniquement),
- l'autre de **niveau minimum** constitue « le plancher » de couverture pour chaque adhérent. **Elle est obligatoire.**

8.2.1 Garantie recommandée :

1) Fonctionnaires en activité :

Le capital garanti sur la tête de chaque adhérent est calculé par référence à son traitement indiciaire brut annuel soumis à retenue pour pension, majoré de 30 % pour tenir compte forfaitairement des indemnités, plus 25 % par enfant à charge, dans la limite d'un plafond périodiquement actualisé. Le résultat du calcul doit rester dans la limite de ce plafond périodiquement actualisé (au 1^{er} janvier 2009, ce plafond est de 40 000 euros pour un adhérent sans enfant à charge). Pour les couples de fonctionnaires inscrits au groupe 001, la majoration de 25 % par enfant à charge est applicable à titre facultatif à la demande du deuxième conjoint, soit lors de l'adhésion, soit ultérieurement avant l'âge de 40 ans.



2) Mutualistes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire titulaire :

Les conditions de détermination du capital garanti sont les mêmes que pour les titulaires.

Leur traitement est calculé soit par l'Administration par référence à l'indice « Fonction Publique », soit par référence à un indice d'équivalence, par application de tables de concordances, agréées par l'Assureur.

3) Veufs ou veuves ayant des enfants à charge garantis à titre accessoire mais pas à titre principal et jusqu'à 65 ans : Ils sont assimilés, pour le calcul du capital garanti, aux mutualistes couverts en activité. Dans ce cas, l'indice pris en compte est le dernier indice d'activité.

Le traitement n'est pas majoré forfaitairement de 30 %.

4) Mutualistes placés en congé de fin d'activité

Ils sont assimilés, pour le calcul du capital garanti, aux mutualistes couverts en activité et l'indice pris en compte est le dernier indice d'activité. Le traitement n'est pas majoré forfaitairement de 30 %.

5) Mutualistes placés en disponibilité ou en congé spécial

Ils sont assimilés, pour le calcul du capital garanti, aux mutualistes couverts en activité et l'indice pris en compte est le dernier indice d'activité, majoré de 25 % par enfant à charge.

Le traitement n'est pas majoré forfaitairement de 30 %.

Par dérogation :

6) Mutualistes retraités avec au moins un enfant handicapé à charge

Ils sont, quel que soit leur âge, assimilés à des actifs lorsqu'ils ont des enfants handicapés à charge et ce, exclusivement pour la garantie « Décès ».

Le capital garanti se calcule à partir du dernier traitement d'activité majoré de 25 % par enfant à charge. Le traitement n'est pas majoré forfaitairement de 30 %.

8.2.2 Garantie minimum

L'adhérent bénéficie de la garantie pour un capital égal à la moitié du traitement de l'intéressé défini comme mentionné ci-dessus sans pouvoir excéder le plafond ci-dessus défini, réduit de moitié.

Antérieurement à la date d'effet de la convention d'adhésion de la Mutuelle à l'Assureur pour les présentes garanties, l'adhérent a pu bénéficier d'une garantie au quart du traitement défini comme mentionné ci-dessus dans la limite du plafond, lui-même réduit au quart.

Aucune adhésion au quart du traitement ne peut plus être enregistrée.

En tout état de cause, une garantie minimum est instituée. Ainsi, l'adhérent bénéficie de la garantie pour un capital égal à 70 % du traitement indiciaire brut annuel, sans pouvoir excéder le plafond ci-dessus défini, réduit de moitié. Si le plafond ci-dessus défini, réduit de moitié, est inférieur à la garantie minimum égale à 70 % du traitement indiciaire brut annuel, alors la garantie est égale à 70 % du traitement indiciaire brut annuel.

8.2.3. Changement d'option

L'adhérent qui a opté pour une garantie étendue à la totalité du traitement n'est pas autorisé à modifier ultérieurement son choix. En tout état de cause, l'augmentation de la garantie doit intervenir obligatoirement avant l'âge de 30 ans.

8.3 Prise d'effet des garanties

Dans le cas d'inscription sans contrôle médical ou d'acceptation sans questionnaire de santé, la prise d'effet des garanties est à la date fixée par la mutuelle dont relève l'intéressé.

Dans les autres cas, le premier jour du mois suivant la date d'acceptation par l'Assureur.

8.4 Radiation de la couverture

Sous réserve des cas de radiation prévues à l'article 2.4 de la présente notice, sont radiés du Groupe I :

1) à la fin du trimestre civil, les personnes qui perdent la qualité d'adhérent d'une mutuelle contractante ;

2) à la fin de l'année de couverture, les adhérents des Mutuelles qui sont entrés en jouissance effective de leurs droits à la retraite, sous réserve des :

- veufs ou veuves non remariés d'adhérents définies à l'article 8.1.3 ci-dessus. Pour ceux-ci, la couverture est radiée le 31 décembre de l'année de leur 65^{ème} anniversaire ;

- retraités ayant un enfant handicapé à charge définis à l'article 8.1.3.



9. Groupe I Ter : Retraités de moins de 65 ans ou de plus de 65 ans avec au moins un enfant à charge

9.1 Sous-groupes couverts et personnes affiliables

Le basculement dans le Groupe 001 Ter s'effectue automatiquement et s'applique à titre obligatoire pour :

- les adhérents de la Mutuelle souscriptrice, précédemment inscrits au groupe 001 (Actifs et Assimilés) retraités de moins de 65 ans,
- les adhérents de la Mutuelle souscriptrice, précédemment inscrits au groupe 001 (Actifs et Assimilés) retraités de 65 ans ou plus tant qu'ils ont au moins un enfant à charge.

9.2. Définition de l'enfant à charge

On entend par enfant à charge, l'enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli et dont l'adhérent au contrat pourvoit aux besoins et assure l'entretien de manière effective :

- âgé de moins de 21 ans,
- âgé de moins de 25 ans s'il poursuit ses études,
- appelé au service national entre 21 et 25 ans au plus tard, à condition d'être à charge au sens du contrat au moment de l'appel. L'enfant cessant de toute manière d'être considéré à charge au 31 décembre qui suit son 25^{ème} anniversaire ;
- quelque soit l'âge, s'il est dans l'impossibilité de se livrer à une activité salariée en milieu ordinaire ou non protégé du fait de son handicap.

9.3 Radiation de la couverture

Sous réserve des cas de radiation prévues à l'article 2.4 de la présente notice, sont radiés du Groupe 001 Ter :

- 1) à la fin du trimestre civil, les personnes qui perdent la qualité d'adhérent d'une mutuelle contractante,
- 2) à la fin de l'année de couverture, les adhérents de la Mutuelle souscriptrice sans enfant à charge, qui atteignent leur 65^{ème} anniversaire,
- 3) à la fin de l'année de couverture, les adhérents de la Mutuelle souscriptrice de plus de 65 ans, qui n'ont plus d'enfant à charge.

9.4. Capital garanti

L'adhérent conserve le niveau de garantie atteint au Groupe 001 (Actifs et Assimilés), conformément à l'Article 8.2 de la notice, avant le basculement automatique dans le Groupe 001 Ter. La garantie minimum de 70% visée à l'article 8.2.2 n'est plus appliquée.

Le capital garanti sur la tête de chaque adhérent est calculé par référence à son traitement indiciaire brut annuel, plus 25 % par enfant à charge, dans la limite d'un plafond périodiquement actualisé. Le résultat du calcul doit rester dans la limite de ce plafond périodiquement actualisé, défini aux conditions particulières.

1°) Garantie recommandée

- **Mutualistes retraités de plus de 65 ans avec au moins un enfant à charge**

Ils sont couverts exclusivement pour la garantie décès.

Le capital garanti se calcule à partir du dernier traitement d'activité.

Le traitement n'est pas majoré forfaitairement de 30%.

- **Mutualistes retraités de moins de 65 ans**

Le capital garanti se calcule à partir du dernier indice d'activité.

Le traitement n'est pas majoré forfaitairement de 30%.

2°) Garantie minimum

L'adhérent est inscrit dans la garantie pour un capital égal à la moitié du traitement de l'intéressé défini comme il est dit ci-dessus sans pouvoir excéder le plafond ci-dessus défini, réduit de moitié.

Antérieurement à la date d'effet de la convention d'adhésion de la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur pour les présentes garanties, l'adhérent a pu être inscrit au quart du traitement défini comme il est dit ci-dessus dans la limite du plafond, réduit au quart.

9.5. Risques exclus

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 5 de la présente notice, le paiement du capital garanti intervient si, durant la période de couverture, l'adhérent :

- décède,
- ou est atteint d'invalidité permanente et absolue (IPA) avant son 65^{ème} anniversaire.



10. Groupe 2 : conjoints ayants droit mutualistes

10.1 Sous-groupes couverts et personnes affiliables

La couverture s'applique à titre facultatif :

- 10.1.1 aux conjoints et concubins (notoires) ayants droit mutualistes d'un adhérent de la mutuelle d'appartenance souscriptrice au présent contrat ou au contrat Prémuo.
- 10.1.2 aux nouveaux conjoints et concubins (notoires), ces derniers n'apportant pas un second revenu au foyer et qui remplissent l'une des deux conditions d'adhésion suivantes (identiques aux conditions du contrat antérieur 0330 J groupe 2) à compter du 1^{er} octobre 1996 :
 - l'âge limite d'adhésion est fixé à 40 ans. L'adhésion peut toutefois être reçue jusqu'à 45 ans, dans l'année qui suit le mariage.
 - le veuf ou la veuve d'actif peut être maintenu dans la couverture tant qu'il n'est pas remarié.

10.2 Capital garanti en cas de décès ou d'IPA :

Capital décès de 2 000 euros. Ce capital peut être doublé ou triplé, conformément aux dispositions de l'article 4.3.

10.3 Prise d'effet des garanties

La prise d'effet des garanties s'exerce à la date fixée par la mutuelle dont relève l'intéressé.

10.4 Radiation de l'assurance

Sont radiés de l'assurance :

- le conjoint dès lors que l'adhérent principal est radié du groupe des actifs,
- le veuf ou la veuve au renouvellement suivant le 65^{ème} anniversaire de l'adhérent actif décédé ou au 65^{ème} anniversaire du veuf ou de la veuve si ce dernier est plus âgé.

11. Groupe 3 (fermé) : retraités et conjoints de retraités

11.1 Sous-groupes couverts et personnes affiliables

La couverture s'applique à titre facultatif aux retraités et conjoints de retraités qui étaient garantis dans le cadre du contrat décès 0330 J souscrit par la Mutualité Fonction Publique auprès de la CNP et non radiés au titre de ce contrat.

11.2 Capital garanti en cas de décès

Retraités : capital décès de 381 euros.

Conjoints de retraités : capital décès de 305 euros.

Ce groupe ne peut pas bénéficier du règlement pour IPA du capital garanti. Le capital peut être doublé ou triplé, conformément aux dispositions de l'article 4.3.

12. Groupe 4 : conjoints ayants droit cotisants

12.1 Sous-groupes couverts et personnes affiliables

La couverture s'applique à titre facultatif :

- 12.1.1 aux conjoints et concubins (notoires) ayants droit cotisants d'un adhérent de la mutuelle d'appartenance souscriptrice au présent contrat ou au contrat Prémuo.
- 12.2.2 aux nouveaux conjoints et concubins (notoires) qui remplissent les quatre conditions d'adhésion suivantes (identiques aux conditions du contrat antérieur 0330 J groupe 4) à compter du 1^{er} octobre 1996 :
 - être conjoint (ou concubin notoire) d'un membre participant inscrit au groupe 1,
 - être âgé de moins de 40 ans (l'âge pris en compte est celui du membre participant),
 - apporter un second revenu au foyer,
 - être adhérent à la Mutuelle du membre participant en qualité de conjoint ayant droit cotisant.

12.2 Capital garanti versé en cas de décès ou d'IPA

Capital de 10 000 euros. Ce capital peut être doublé ou triplé, conformément aux dispositions de l'article 4.3.

12.3 Prise d'effet des garanties

- au jour de l'adhésion du membre participant,
- ou au plus tard dans les douze mois qui suivent soit le mariage, soit la survenance d'un premier enfant, soit l'accession à une situation que confère la qualité de conjoint ayant droit cotisant.



12.4 Radiation de l'assurance

En cas de décès du membre participant inscrit dans le groupe 1, le conjoint inscrit au groupe 4 reste couvert au titre du groupe 4 jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Il peut alors en qualité de veuf ou de veuve d'actif maintenu dans la garantie jusqu'au renouvellement suivant le 65^{ème} anniversaire et tant qu'il n'est pas remarié.

Lorsque le conjoint perd la qualité de conjoint ayant droit cotisant du fait d'une cessation de son activité, il peut demander à être alors inscrit dans le groupe 2 pour le montant du capital en vigueur à la date de mutation.

13. Groupe 5 : enfants à charge

13.1 Sous-groupes couverts et personnes affiliables

La couverture s'applique à titre facultatif aux enfants à charge des adhérents de la Mutuelle d'appartenance, souscriptrice au présent contrat ou autre contrat Prémuo.

On entend par enfant à charge, l'enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli et dont l'adhérent au contrat pourvoit aux besoins et assure l'entretien de manière effective :

- âgé de moins de 21 ans,
- âgé de moins de 25 ans s'il poursuit ses études,
- quel que soit l'âge, dans l'impossibilité soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, s'il est âgé de moins de 18 ans.

13.2 Capital garanti en cas de décès

Allocation d'obsèques de 2 000 euros. Le montant de l'allocation est égal au remboursement des frais d'obsèques réellement engagés, dans la limite de 2 000 euros.

Les frais d'obsèques pouvant donner lieu à un remboursement sont principalement les frais suivants : formalités et démarches, préparation du défunt, chambre funéraire, cercueil et accessoires, transport de corps, mise en bière, cérémonie, inhumation, crémation, travaux de cimetière, caveau, urne, fleurs, couronnes, faire-part, cartes de remerciement, marbrerie, monument funéraire, articles funéraires. Les éventuelles volontés particulières de l'assuré ou de sa famille pourront être prises en charge dans la limite du montant maximum de la prise en charge déterminée ci-dessus, après remboursement des premiers frais d'obsèques exposés, énumérés ci-dessus. Ce groupe ne peut bénéficier ni du doublement ou triplement du montant garanti, ni du règlement pour IPA de ce montant.

13.3 Prise d'effet des garanties

- au jour de l'adhésion du membre participant,
- ou au plus tard dans les douze mois qui suivent la survenance du premier enfant ou le mariage amenant des enfants du fait du conjoint.

13.4 Radiation du contrat

Est radié du contrat, l'enfant dès lors qu'il n'est plus à charge. Dans ce cas, la couverture est maintenue jusqu'à la fin de l'exercice en cours.

14. Groupe 6 : retraités

14.1 Sous-groupes couverts et personnes affiliables

Sont garantis à titre facultatif :

- 1) Les membres participants inscrits précédemment dans le groupe des actifs (groupe 001) du présent contrat, retraités au 1^{er} janvier 2009 et répondant aux conditions cumulatives suivantes :
 - ✓ être âgé de 65 ans ou plus,
 - ✓ ne pas avoir d'enfant à charge.
- 2) Les membres participants inscrits précédemment dans le groupe 001 Ter (retraités de moins de 65 ans ou de plus de 65 ans avec au moins un enfant à charge) répondant aux conditions cumulatives suivantes :
 - ✓ être âgé de 65 ans ou plus,
 - ✓ ne pas avoir d'enfant à charge.
- 3) Les membres participants radiés de la couverture capital décès du contrat Prémuo souscrit par la mutuelle auprès de l'Assureur.



- 4) Les conjoints de membres participants inscrits précédemment dans le groupe des conjoints ayants droit mutualistes (groupe 002) ou ayants droit cotisants (groupe 004) du présent contrat.
- 5) Les conjoints ou personnes assimilées de membres participants radiés, du fait de la limite d'âge de 65 ans, de la couverture capital décès du contrat Offre Facultative Conjoint (Muduo) souscrit par la Mutuelle auprès de l'Assureur, à la condition que la demande d'inscription au groupe 006 soit formulée dans les trois mois suivant la date de leur 65^{ème} anniversaire.
- 6) Les retraités actuellement inscrits dans le groupe des retraités (groupe 003) du présent contrat.
- 7) Les concubins notoires des retraités précédemment couverts dans les groupes des conjoints ayants droit mutualistes (groupe 002) et conjoints ayants droit cotisants (groupe 004).

La preuve du concubinage peut-être apportée par la production d'un certificat de concubinage délivré par la mairie du domicile des concubins. »

14.2 Capital garanti en cas de décès :

Retraités : capital décès de 2 000 euros.

Conjoints de retraités : capital décès de 1 000 euros.

Ces montants peuvent être doublés ou triplés, conformément aux dispositions de l'article 4.3. Ce groupe ne peut pas bénéficier du règlement pour IPA du capital garanti.

14.3 Prise d'effet des garanties et cessation des garanties

La garantie prend effet :

- a) Pour les retraités : au 1^{er} jour du renouvellement de la garantie suivant la cessation de la garantie décès du contrat 6046X (Groupe 001 et 001 Ter) ou du contrat Prémuo.
- b) Pour les conjoints ou concubins notoires de retraités, issus des groupes 002 ou 004 du présent contrat : à la date de passage de l'adhérent principal dans le groupe des retraités (groupe 006).
- c) Pour les conjoints ou personnes assimilées, issus du contrat Offre Facultative Conjoint (Muduo) : à la date de passage de l'adhérent principal dans le groupe des retraités (groupe 006).

La garantie cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel :

- a) Pour le retraité : il décède ou perd la qualité de mutualiste.
- b) Pour le conjoint ou concubins notoires de retraité, issu des groupes 002 ou 004 du présent contrat : il décède ou son conjoint, membre participant retraité, perd de son vivant, sa qualité de mutualiste.
- c) Pour le conjoint ou personnes assimilées issu du contrat Offre Facultative Conjoint (Muduo) : il décède ou son conjoint, membre participant de la mutuelle, perd, de son vivant, sa qualité de mutualiste ou décide de ne pas intégrer le groupe 006 du présent contrat ou, le cas échéant, la garantie « Obsèques » de Prémuo.



