



Code partenaire : 75M013

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

PREMUO DEPENDANCE

M025

Souscrit par la MAEE

(Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes)

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2017



DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat M025 est souscrit par la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (immatriculée sous le numéro SIREN 775 666 332 et dont le siège social est situé au 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15), ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice », auprès de MFPrévoyance ci-après dénommée l'Assureur (62, rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13– RCS 507 648 053 Paris).
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction du traitement ou salaire net imposable de l'année précédente selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 4.1 « Assiette de cotisation » 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 3.2 « Prise d'effet de l'adhésion » de la présente notice d'information.
5. Le contrat, objet de la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 2.1 « Objet », de garantir aux Assurés lors de la survenance du risque, le versement de prestations.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5 « Risques exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information du contrat M025 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 M025, relatif à la présente notice d'information, s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information.
9. L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information du contrat M025 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.
10. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 4.3 « Paiement des cotisations ».
11. 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.
12. 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.
13. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle la 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.
14. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 11 « Renseignement- Réclamation-Médiation » de la présente notice d'information.

2. Objet du contrat et définitions

2.1 Objet

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat collectif régi par le Code des assurances et est soumis à la législation française.

Il est souscrit par la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE), immatriculée sous le numéro SIREN 775 666 332 et dont le siège est situé au 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance, ci-après dénommé « l'Assureur ».

La garantie est collective et indissociable de l'appartenance à la Mutuelle souscriptrice.

Il relève des branches (1) Accident, (2) Maladie et Assistance (18) 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 relatif à la présente notice d'information a pour objet de garantir aux Adhérents lors de la survenance du risque « Dépendance », le versement des prestations selon les modalités définies ci-après.

La Mutuelle souscriptrice informe les Adhérents des modifications apportées à la présente notice d'information.

Sont exclus du champ d'application du contrat, objet de la présente notice d'information, et ne peuvent bénéficier de la garantie décrite, les Membres participants qui sont inscrits à la Mutuelle souscriptrice dans le cadre des conventions signées avec leur Mutuelle d'origine et qui sont couverts par la Mutuelle souscriptrice uniquement pour les risques maladie et assistance

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 événements liés à des actes médicaux ou chirurgicaux ne sont pas considérés comme accidentels, s'ils ne découlent pas directement et exclusivement de l'Accident.**

L'Adhérent est le Membre participant direct ou Membre participant associé de la Mutuelle souscriptrice, ayant adhéré au contrat et/ou inscrit au contrat relatif à la présente notice d'information son Conjoint ou Personne assimilée. L'Adhérent est appelé preneur d'assurance lorsqu'il inscrit au contrat relatif à la présente notice d'information son Conjoint ou Personne assimilée.

Assisteur : FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 3 500 000 euros, immatriculée au RCS Nanterre sous le n°433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex.

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 Prémuo Dépendance M025, objet de la présente notice d'information

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'Assuré, non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe.

Le Délai de franchise est la période continue qui se situe entre le jour de la reconnaissance de la dépendance, partielle ou totale, par l'Assureur et le point de départ du versement de la prestation garantie.

Le Membre participant est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts.

La Mutuelle souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat relatif à la présente notice d'information au bénéfice de ses Membres Participants. Il s'agit de Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes, immatriculée sous le numéro SIREN 775 666 332 et dont le siège social est situé au 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15.

Le Partenaire est la personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en cours de validité. 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.

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur annuelle de ce point, à compter du 1^{er} février 2017, de 56,2323 euros. Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du point, se référer au site : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/remuneration-principale>

La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice majoré multiplié par la valeur du Point de la Fonction Publique à la date de calcul.

3. Adhésion au contrat

3.1 Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au contrat, objet de la présente notice d'information :

- les Membres participants de la Mutuelle souscriptrice, tels que définis à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, âgés de moins de 76 ans à la demande d'adhésion,
- les Conjoints ou Personnes assimilées des Membres participants de la Mutuelle souscriptrice, tels que définis à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, âgés de moins de 76 ans à la date de la demande d'adhésion. L'âge pris en compte est celui du Conjoint ou Personne assimilée.

Les candidats à l'assurance de moins de 65 ans doivent remplir une déclaration d'état de santé suivi du questionnaire de santé en cas de réponse positive à une question.

Les candidats à l'assurance de plus de 65 ans doivent remplir le questionnaire de santé.

Ce questionnaire de santé est à adresser par le candidat à l'assurance sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur, à l'adresse suivante : MFPrévoyance, A l'attention du Médecin-Conseil, 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13. La durée de validité du questionnaire de santé est de trois (3) mois à compter de la date de signature apposée par le candidat à l'assurance.

Si un candidat est inscrit au contrat, objet de la présente notice d'information, sans respecter les formalités médicales, son adhésion est annulée rétroactivement et les versements de primes effectués feront l'objet d'un remboursement par l'Assureur.

3.2 Demande d'adhésion

La Mutuelle souscriptrice fait remplir par le candidat une demande d'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information. Le candidat précise son identité, les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d'information. Cette demande est datée et signée par le candidat à l'assurance.

Dans le cas où la demande d'adhésion concerne le Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, le bulletin d'adhésion doit être daté et signé conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou Personne assimilée qui donne son consentement à l'assurance.

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

3.3 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation :

- au premier jour du mois qui suit l'acceptation dans l'assurance par l'Assureur ;
- au plus tard, le jour de l'entrée en jouissance effective des droits à la retraite du Membre participant de la Mutuelle souscriptrice.

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.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent sont couverts au titre du contrat, objet de la présente notice d'information.

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date

du 1er janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 3.7 « Résiliation unilatérale du contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Adhérent » et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent d'un certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat relatif à la présente notice d'information.

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

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

* Si le contrat est vendu à distance :

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation (*si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu*).

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à la Mutuelle souscriptrice une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Par la présente lettre avec avis de réception, je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat M025 que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de € [Montant en euros]).
Le (Date et signature) »

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance**, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception.
- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage**, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'Adhérent reste tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

3.5 Radiation du contrat

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information cesse en cas de :

- décès de l'Assuré ; au jour du décès ;
- perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice : au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité quel qu'en soit le motif (démission, radiation ou exclusion du Membre participant par la Mutuelle souscriptrice),
- non-paiement des cotisations, conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances décrite à l'article 4.4 « Défaut de paiement des cotisations » de la présente notice d'information.
- résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle souscriptrice au jour de la prise d'effet de la résiliation.

Les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint à la date de résiliation.

3.6 Fausse déclaration

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, 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, CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES.

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.

3.7 Résiliation unilatérale du contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information de manière unilatérale, par l'envoi d'une lettre recommandée adressée 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 contrat relatif à la présente notice d'information.

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

3.8 Souscription d'un contrat par l'Assuré en cas de radiation du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance

Lorsque l'Adhérent preneur d'assurance demande la radiation du contrat relatif à la présente notice d'information de son Conjoint ou 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.

3.9 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. Il incombe à la Mutuelle souscriptrice de conserver la preuve de la remise de la notice d'information à l'Adhérent.

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 et à la réglementation spécifique du contrat relatif à la présente notice d'information.

4. Base des cotisations et des prestations

4.1 Assiette de cotisation

Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement lors du renouvellement et valent pour toute l'année civile.

Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'Adhérent (activité, âge, TIB, ou tout autre facteur intervenant dans la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion, exceptée la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle déterminée lors du renouvellement de l'année qui précède l'adhésion.

Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge est apprécié au 1^{er} janvier de la nouvelle année d'assurance; les autres facteurs sont appréciés au 30 septembre précédant le renouvellement du contrat relatif à la présente notice d'information.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage d'un revenu appelé traitement de référence, déterminé selon les modalités qui suivent et arrondi à la centaine d'euros supérieure. Ce pourcentage est annuel, il peut être révisé en fonction des résultats du contrat. Il est précisé à l'article 2 « Taux de cotisation » de l'annexe à la présente notice d'information.

Les cotisations de l'année N sont calculées sur la base d'un traitement de référence défini comme suit :

- Pour les actifs, y compris à temps partiel ou en cessation progressive d'activité ou en mi-temps thérapeutique :
 - le Traitement Indiciaire Brut (TIB) s'ils sont fonctionnaires,
 - le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales s'ils sont non-fonctionnaires.
- Pour les retraités :
 - si l'Adhérent est retraité au titre de la Fonction Publique : le Traitement Indiciaire Brut (TIB) correspondant à l'indice servant au calcul de la pension. En tout état de cause, dans les cas où les droits à pension sont calculés sur la base d'un minimum garanti par la Fonction Publique, le TIB de référence est le traitement afférent à l'indice réel de rémunération, ayant servi à la comparaison avec le traitement afférent à l'indice minimum pour la détermination du montant de la pension,
 - si l'Adhérent n'est pas retraité au titre de la Fonction Publique : le dernier salaire annuel brut soumis à cotisations sociales.
- Pour les Adhérents retraités de la Fonction Publique exerçant une activité rémunérée :
 - le TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension.

- Pour les Adhérents retraités de la Fonction Publique ayant moins de 15 ans dans l'administration et repris par le régime général :
- le dernier salaire annuel brut soumis à cotisations sociales.
- Pour les Adhérents bénéficiaires d'un congé parental, placés en situation de chômage, admis à la retraite avec jouissance différée, en situation de congé de fin d'activité ou en situation de disponibilité :
- si l'Adhérent est fonctionnaire : le TIB correspondant au dernier indice d'activité avant la prise d'effet de la situation visée,
- si l'Adhérent n'est pas fonctionnaire : le dernier salaire annuel brut soumis à cotisations sociales avant la prise d'effet de la situation visée.
- Pour les Adhérents fonctionnaires en situation de détachement :
- le TIB correspondant au dernier indice connu de la Mutuelle lors du calcul des cotisations de renouvellement. En tout état de cause, c'est ce TIB qui servira de base aux prestations assises sur l'assiette de cotisation.
- Pour les veufs et veuves d'Adhérents ayant acquis la qualité de Membre participant en raison du décès de leur Conjoint :
- le montant total des retraites, pensions, pensions de réversion, traitements, salaires, rentes ou avantages vieillesse déclarés à l'Administration fiscale.

A défaut de communication des revenus définis ci-dessus, l'assiette de cotisation et des prestations est égale au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 30 septembre de l'année précédente.

4.2 Taux de cotisation minoré

Les Adhérents au contrat âgés de moins de 50 ans, bénéficient d'un taux de cotisation minoré.

Ce taux précisé à l'article 2 « Taux de cotisation » de l'annexe de la présente notice, s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année des 50 ans de l'Adhérent.

4.3 Paiement des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, payable d'avance par l'Adhérent. Cette cotisation peut être fractionnée en échéances périodiques.

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 d'adhésion et le 31 décembre suivant.

La cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie en fonction des résultats du contrat relatif à la présente notice d'information.

La cotisation est appelée par la Mutuelle souscriptrice à l'Adhérentet/ou son Conjoint ou Personne assimilée selon les modalités déterminées par celle-ci.

4.4 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au moins 10 jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat relatif à la présente notice d'information.

4.5 Revalorisation de la garantie forfaitaire

Les montants de la garantie forfaitaire sont revalorisés chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 et dans la limite de 2%.

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

4.6 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques ou rentes sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 et dans la limite de 2%.

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

4.7 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information, sont versées soit directement au(x) Bénéficiaire(s), soit par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux Caractéristiques Spécifiques de la Garantie.

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

5. Risques exclus

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE DU CONTRAT, OBJET DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION, ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT, LES SINISTRES RESULTANT :

- **DE FAITS DE GUERRE ETRANGERE LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGERANTE, SOUS RESERVE DES CONDITIONS QUI SERAIENT DETERMINEES PAR LA LEGISLATION A INTERVENIR CONCERNANT LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE,**
- **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DES EFFETS DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME,**
- **DE LA PARTICIPATION A DES PARIS, DES DEFIS, DES COURSES, DES TENTATIVES DE RECORDS, DES COMPETITIONS,**
- **DE L'USAGE D'APPAREILS OU D'EQUIPEMENTS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT OFFICIEL (DE NAVIGABILITE OU D'UTILISATION), D'ESSAIS PREPARATOIRES OU DE RECEPTION D'UN ENGIN,**
- **DU RISQUE DE NAVIGATION AERIENNE LORSQUE L'ADHERENT AU CONTRAT SE TROUVAIT A BORD D'UN APPAREIL CONDUIT PAR UN PILOTE NE POSSEDANT PAS DE BREVET VALABLE POUR L'APPAREIL UTILISE OU AYANT UNE LICENCE PERIMEE, CE PILOTE POUVANT ETRE L'ADHERENT,**
- **DE TOUTE ATTEINTE, VOLONTAIRE ET CONSCIENTE, PAR LE MEMBRE PARTICIPANT A SON INTEGRITE PHYSIQUE,**
- **D'UN ACTE EFFECTUE SOUS L'EMPRISE DE L'IVRESSE SI LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST SUPERIEUR A LA LIMITE FIXEE PAR LE CODE DE LA ROUTE, DE L'UTILISATION DE DROGUES, DE STUPEFIANTS, DE TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS MEDICALEMENT,**
- **DE LUTTES, DUELS, RIXES (SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE), D'ATTENTATS OU D'AGRESSIONS AUXQUELS PARTICIPE L'ADHERENT,**
- **DE LA PRATIQUE DES SPORTS AERIENS, AUTOMOBILES ET MOTOCYCLISTES A TITRE PROFESSIONNELS OU AMATEUR ET DE TOUS LES AUTRES SPORTS A TITRE PROFESSIONNEL,**
- **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT DE GUERRES CIVILES OU ETRANGERES, D'ATTENTATS, D'ACTES DE TERRORISME, D'EMEUTES, D'INSURRECTIONS, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES DES LORS QUE L'ADHERENT Y PREND UNE PART ACTIVE, DANS UN CADRE EXTRA-PROFESSIONNEL.**

6. Prescription et Déchéance

Toutes actions dérivant du contrat relatif à la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et, en cas d'accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte d'exécution forcée ou l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit du créancier.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

A PARTIR DU JOUR OU LA DECISION DE L'ASSUREUR RELATIVE A L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATION A ETE NOTIFIEE A L'INTERESSE, TOUTE RECLAMATION PORTANT SUR LES PRESTATIONS ACCORDEES OU REFUSEES DOIT PARVENIR A L'ASSUREUR DANS UN DELAI DE SIX (6) MOIS.

7. Secret médical

L'Assuré et les Bénéficiaires du contrat relatif à la présente notice d'information peuvent transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé et confidentiel, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

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

8. Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Assuré et de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aurait désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

L'Adhérent qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.

9. Procédure de conciliation

L'Adhérent qui conteste une décision de l'Assureur, doit faire parvenir à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, dans les 12 mois qui suivent la date de la décision contestée, un certificat médical détaillé justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure et en acceptant les contraintes.

L'Assureur invite alors son Médecin conseil et celui de l'Adhérent à se mettre d'accord et à défaut à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou 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 les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'Adhérent en faisant l'avance.

10. Informatique et libertés

Les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalité la gestion du contrat relatif à la présente notice d'information et du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Assureur responsable du traitement. Ces données pourront être

adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Adhérent autorise l'Assureur à communiquer les informations le concernant à des sous-traitants et/ou des prestataires pour des besoins de gestion.

L'Assureur est également susceptible de communiquer certaines informations nominatives à des réassureurs aux fins exclusives de gestion du contrat relatif à la présente notice d'information, ce que l'Adhérent autorise expressément. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès de l'Assureur.

L'Adhérent peut s'opposer, sans frais, à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou ses Partenaires commerciaux.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition à tout moment en adressant un courrier ainsi qu'une carte d'identité recto/verso en cours de validité à MFPrévoyance – **Correspondant Informatique et Libertés - 62, rue Jeanne d'Arc 75640 Paris Cedex 13.**

11. Renseignements - Réclamations - 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.

12. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs membres participants et de leurs Bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le contrat relatif à la présente notice d'information, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont les coordonnées sont les suivantes :

ACPR

61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DE LA GARANTIE

13. Garantie Dépendance

13.1 Objet et montant 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 13.2 « Reconnaissance de la dépendance » ci-dessous.

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

- une **rente d'hospitalisation**, si l'Adhérent est hébergé soit en unité de long séjour ou de cure médicale, soit en établissement hospitalier pour personnes âgées ;
- une **rente à domicile**, dans les autres cas.

Le montant de la rente est précisé à l'article 1 « Garantie dépendance » de l'annexe de la présente notice d'information.

L'Assureur garantit à l'Adhérent reconnu en état de dépendance partielle tel que défini à l'article 13.2 « Reconnaissance de la dépendance » ci-dessous :

- 50% de la rente prévue en cas de dépendance totale telle que mentionnée en annexe de la présente notice d'information,
- le paiement de l'ensemble du dispositif d'installation du matériel de téléassistance (47,72 euros au 1^{er} janvier 2017),
- le paiement de l'abonnement mensuel de téléassistance (abonnement de 29,30 euros par mois au 1^{er} janvier 2017).

Ces sommes sont exclusivement destinées à la mise à disposition de l'Adhérent d'un service de téléassistance qui est confié au prestataire du service de téléassistance choisi par l'Assureur. Le montant de l'installation et l'abonnement mensuel sont versés au prestataire.

En cas de résiliation des accords de prestation de services entre l'opérateur et l'Assureur, le financement du service de téléassistance sera alors interrompu. L'Assureur assurera alors le versement, sous forme de rente trimestrielle payée directement à l'Adhérent, de l'abonnement prévu ci-dessus.

L'Adhérent bénéficiant des services de téléassistance, s'il est par la suite reconnu dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 3, tels que définis à l'article 13.2 « Reconnaissance de la dépendance » ci-dessous, peut demander à l'issue du délai de franchise prévu à l'article 13.3 de la notice d'information :

- de ne plus bénéficier des garanties téléassistance. Dans ce cas, il percevra la rente prévue au contrat en cas de GIR 1, 2 ou 3. Il devra alors restituer le matériel conformément aux dispositions prévues dans le protocole d'installation dont l'Assureur l'informerait,
- de continuer à bénéficier des prestations de téléassistance. Dans ce cas, le montant de l'abonnement est déduit du montant de la rente versée au titre du GIR 1, 2 ou 3.

13.2 Reconnaissance de la dépendance

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

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

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, sans l'aide d'une autre personne, trois des quatre actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller,
- et est reconnu comme répondant aux deux critères précédents par le médecin conseil de l'Assureur.

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis comme suit:

- se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
- s'habiller : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
- s'alimenter : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
- se déplacer : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie)

La date de reconnaissance de l'état de dépendance partielle ou totale est la date reconnue comme telle par le Médecin conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies et, au plus tôt, à la date d'entrée dans la garantie.

13.3 Délai de franchise

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un Délai de franchise défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information.

Ce délai est de :

- **90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle de l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information ;**
- **180 jours dans les autres cas.**

En cas de passage d'un état de dépendance partielle à un état de dépendance totale, le délai de franchise s'applique à nouveau dans les conditions définies à l'alinéa précédent.

13.4 Formalités en cas de sinistre

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

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Adhérent, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur ;
- en outre, en cas d'hospitalisation en long ou moyen 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;
- la décision du président du Conseil Départemental du département de résidence de l'Adhérent relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001,
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information ;
- 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.

Le Médecin conseil de l'Assureur aura toujours la possibilité de faire vérifier l'état de dépendance de l'Assuré par le médecin de son choix et/ou de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires, tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation. En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision comme décrit à l'article 9 « Procédure de conciliation » de la présente notice d'information.

13.5 Modalités de versement des prestations

Les prestations sont versées à terme échu sous forme de rente mensuelle. A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*.

Lorsque le Bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance énoncés à l'article 13.2 « Reconnaissance de la dépendance » de la présente notice d'information, sa rente est suspendue. Si l'état de l'Assuré justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau Délai de franchise.

Au décès du Bénéficiaire ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

Modalités de versement de la rente en cas de résiliation du contrat de téléassistance :

Le montant de l'abonnement défini à l'article 13.1 « Objet et montant de la garantie » est versé sous forme de rente trimestrielle, à terme échu.

Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier de l'année civile dans les conditions définies à l'article 4.6 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la présente notice d'information.

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

13.6 Modification de la situation du Bénéficiaire

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

13.7 Cessation du paiement de la rente dépendance

Le paiement de la rente cesse :

- au décès du Bénéficiaire.
- lorsque l'intéressé ne remplit plus les conditions d'attribution de la rente, la prestation cesse d'être servie à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date à laquelle lesdites conditions cessent d'être remplies.

Outre les cas de cessation mentionnés ci-dessus, la garantie téléassistance cesse en cas :

- d'évolution de l'état de santé de l'Assuré. Toutefois, l'Assuré peut demander un maintien

du dispositif, il devra alors le demander auprès de l'opérateur de téléassistance et le prendre financièrement en charge,

- de résiliation du contrat de téléassistance entre les opérateurs et l'Assureur, sous réserve des dispositions ci-dessus,
- de décès de l'Assuré.

En conséquence, l'Assuré ou ses héritiers sont tenus de restituer le matériel conformément aux dispositions précisées dans le protocole d'installation.



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



FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Société anonyme à Conseil d'administration au capital de 3 500 000 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Immatriculée au RCS Nanterre sous le n° 433 012 689
Dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD CEDEX