

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

MUDUO MI-01

Souscrit par

La Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE),
Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité,
SIREN n°775 666 332
Dont le siège social est situé au 1, rue de l'Abbé Roger Derry –
75730 Paris Cedex 15

Auprès de

MFPrévoyance
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
Immatriculée au RCS sous le numéro 507 648 053
Siège social : 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-
Moulineaux
Relevant du contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de
résolution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436
Paris Cedex 09

Document contractuel

Cette notice d'information prend effet à compter du 1^{er} janvier
2023 et est à conserver sans limitation de durée.

Table des matières

1.	Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance.....	4
2.	Objet du contrat et définitions.....	4
2.1	Objet	4
2.2	Principes généraux.....	4
2.3	Définitions	5
3.	Règles communes	6
3.1	Adhésion au contrat	6
3.2	Fin des garanties	8
3.3	Résiliation de l'adhésion.....	9
3.4	Fausse déclaration.....	9
3.5	Maintien des garanties en cas de radiation de l'Assuré du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance.....	10
3.6	Maintien de la garantie en cas de décès de l'Adhérent preneur d'assurance.....	10
3.7	Maintien du contrat suite à changement de Mutuelle souscriptrice.....	10
3.8	Cotisations	10
3.9	Revalorisation des garanties forfaitaires.....	11
3.10	Revalorisation du capital en cas de décès de l'Assuré.....	11
3.11	Revalorisation des prestations périodiques en cours de service	11
3.12	Versement des prestations	11
3.13	Délai de déclaration de sinistre et prescription.....	11
3.14	Contrôle médical et conciliation.....	12
3.15	Risques exclus	13
3.16	Révision des cotisations.....	13
4.	Autorité de contrôle	13
5.	Renseignements – Réclamations - Médiation.....	13
6.	Secret médical.....	13
7.	Garantie Décès.....	15
7.1	Objet et montant de la garantie.....	15
7.2	Bénéficiaires du capital décès.....	15
7.3	Formalités en cas de sinistre	15
7.4	Revalorisation de la garantie	16
8.	Garantie Dépendance	16
8.1	Objet et montant de la garantie.....	16
8.2	Bénéficiaire.....	17
8.3	Délai de franchise	17
8.4	Formalités en cas de sinistre	17
8.5	Modalités de versement des prestations.....	17
8.6	Modification de la situation de l'Assuré.....	17
9.	Garantie Allocation d'Obsèques	17
9.1	Objet et montant de la garantie.....	17
9.2	Bénéficiaires de la garantie.....	18
9.3	Formalités en cas de sinistre	18

DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat MI-01 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de MFPrévoyance – 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux - RCS 507 648 053 Nanterre.
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 au contrat et du montant de la garantie choisie selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 3.8 « Cotisations ».
4. L'adhésion au contrat dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 3.1.3 de la présente notice d'information « Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat ».
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet de garantir à l'Assuré lors de la survenance du risque, le versement d'un capital décès, d'une rente dépendance et en cas de souscription de l'option, d'une allocation obsèques.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 3.15 de la présente notice d'information « Risques exclus ».
7. L'adhésion au contrat MUDUO MI-01 s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 3.1.1 « Conditions d'admission » de la présente notice.
8. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 3.8 « Cotisations » de la présente notice.
9. 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.
10. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la demande de renonciation sont prévues à l'article 3.1.5 « Délai de renonciation en cas de vente en face à face, par démarchage ou à distance ».

11. 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 la souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
12. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 5 « Renseignements – Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

2. Objet du contrat et définitions

2.1 Objet

Le contrat objet de la présente notice d'assurance de groupe à adhésion facultative est souscrit par la MAEE (ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice ») auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur »).

Il relève des branches (2) Maladie et (20) Vie-Décès, 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.

En application des statuts de la Mutuelle souscriptrice, tout Membre participant peut inscrire au contrat, son Conjoint/Personne assimilée, pour permettre à ce dernier d'être couvert par les garanties décrites ci-après.

L'objet du contrat est de garantir aux Assurés, lors de la survenance des risques indiqués ci-dessous, le versement des prestations convenues selon les modalités définies ci-après conformément aux Dispositions communes et aux Caractéristiques spécifiques des garanties.

Le contrat comprend les garanties suivantes: « Décès », et « Dépendance » aux Assurés et en option, la garantie MUDUO « Allocations obsèques » aux Assurés. Etant précisé que cette dernière garantie est fermée à toute nouvelle adhésion depuis le 31/12/2015.

La loi applicable au contrat est la loi française et plus spécifiquement le Code des assurances.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

2.2 Principes généraux

L'adhésion est individuelle et facultative.

L'Adhérent et l'Assuré ont donné préalablement leur consentement à l'adhésion au sein du bulletin d'adhésion et ont reconnu avoir pris connaissance du document d'information précontractuel.

L'Assuré désigne le ou les Bénéficiaire(s) de la garantie décès et le cas échéant le ou les Bénéficiaire(s) du solde éventuel de la garantie optionnelle MUDUO « Allocations obsèques ». L'Assuré pourra modifier le ou les Bénéficiaire(s) désigné(s) à tout moment dans les conditions fixées à l'article 7.2 de la présente notice.

La Mutuelle souscriptrice informe les Assurés au contrat des modifications apportées à la présente notice.

2.3 Définitions

L'Adhérent est le preneur d'assurance, Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, ayant l'initiative de l'inscription au contrat de son Conjoint ou Personne assimilée et acquittant la cotisation.

L'Assuré est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. L'Assuré est le Conjoint ou Personne assimilée du Membre participant.

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 de NANTERRE sous le numéro 507 648 053 et dont le siège Social : 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux) et relevant de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, au titre du contrat, ci-après dénommé « l'Assureur ».

L'Accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Assuré et entraînant une atteinte corporelle. Sont réputés répondre à cette définition entre autres, les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.

Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'un accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

La preuve du lien de causalité, entre l'Accident et la réalisation d'un risque susceptible de mettre en jeu une prestation garantie par le contrat relatif à la présente notice d'information, incombe au Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire est la personne à qui sont dues les prestations versées par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Candidat à l'assurance est le Conjoint ou Personne Assimilée, assuré potentiel au contrat.

Le Certificat de garantie est le document envoyé à l'Adhérent par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice. Il reprend notamment l'identité

de la personne assurée ainsi que les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

Le Concubin est la personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Adhérent dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Le Conjoint est la personne mariée à l'Adhérent, non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe. Dans le cadre du contrat, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

Le Déléataire 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.

Il s'agit de **La Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)**, Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15, SIREN n°775 666 332.

L'Enfant à naître est l'enfant né viable dans les 10 mois qui suivent le décès de l'Adhérent au contrat.

La Fraude à l'assurance : est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré, effectué(e) en vue d'obtenir par des moyens illégaux ou irréguliers, pour soi-même ou pour un tiers, un avantage matériel ou moral qu'il soit direct ou indirect.

Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

Le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice est la personne physique répondant aux conditions définies par ses statuts et son règlement mutualiste.

La Mutuelle Souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Membres Participants.

Il s'agit de **La Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)**, Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15, SIREN n°775 666 332.

Le Partenaire est la personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

La Personne assimilée à un conjoint de Membre participant est la personne déclarée comme telle à la Mutuelle lors de l'inscription au contrat

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

Les **Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères** sont des personnes dont la résidence est située sur le territoire national, dans un autre État membre de l'Union européenne (UE) ou un pays tiers et qui sont exposées à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont exercées depuis moins d'un an pour le compte d'un État étranger ou d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées. Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national.

Les fonctions des PPE sont listées aux articles L. 561-18 et R. 561-18 -I du Code monétaire et financier. La qualité de PPE couvre également la famille et les personnes qui sont étroitement associés aux PPE (article R 561-18 II et III du Code monétaire et financier).

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 5 820,04 euros depuis le 1er juillet 2022. La valeur du point au 1er janvier 2023 est donc de 4,85003 euros.

Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du point, se référer au site : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/connaître-point-dindice>.

Prescription : La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'article 3.13.2 « Prescription » de la présente notice.

Territorialité : le contrat s'exécute sur l'ensemble du territoire de l'Union Européenne mais également hors Union Européenne.

3. Règles communes

3.1 Adhésion au contrat

3.1.1 Conditions d'admission et formalités médicales

Peuvent être admis au contrat les Conjoints ou Personnes assimilées des Membres participants de la Mutuelle souscriptrice, âgés de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion au contrat sous réserve des conditions énoncées ci-après :

Lorsque la demande d'inscription intervient avant le 45ème anniversaire du Candidat à l'assurance, celui-ci doit remplir une déclaration d'état de santé en même temps que le bulletin d'adhésion. Si le Candidat à l'assurance ne peut répondre négativement à

l'ensemble des points figurant sur la déclaration d'état de santé et la valider par sa signature, l'inscription du Candidat à l'assurance est soumise à l'accord préalable de l'Assureur qui statue au vu du questionnaire de santé complété.

Lorsque la demande d'inscription est formulée entre le 45ème et le 70ème anniversaire du Candidat à l'assurance, l'admission est soumise à l'accord préalable de l'Assureur qui statue au vue du questionnaire de santé complété et rempli en même temps que le bulletin d'adhésion.

L'inscription est soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le Candidat à l'assurance au questionnaire de santé et de toute autre 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 de disposer de toute autre pièce ou formulaire complémentaires demandés par l'Assureur,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

Cette déclaration d'état de santé et/ou ce questionnaire de santé doit être placé sous pli confidentiel et à adresser par le Candidat à l'assurance au Médecin-conseil de l'Assureur à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

TSA 90 555

94116 Arcueil Cedex

La durée de validité du questionnaire de santé ainsi que de la déclaration d'état de santé est de trois (3) mois à compter de la date de signature apposée par le Candidat à l'assurance.

L'acceptation de l'Assureur par l'intermédiaire du Délégué de gestion est notifiée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion.

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

3.1.2 Demande d'adhésion

L'Adhérent Membre participant de la Mutuelle souscriptrice remplit un bulletin d'adhésion au profit de son Conjoint ou Personne assimilée selon un modèle approuvé par l'Assureur, par lequel il précise, notamment, l'identité et l'âge du Conjoint ou Personne assimilée. Le Membre participant et son Conjoint ou Personne assimilée reconnaissent avoir pris

connaissance de la notice d'information ainsi que du document d'information précontractuel.

Cette demande d'adhésion est datée et signée conjointement par l'Adhérent et son Conjoint ou Personne assimilée assuré qui donne son consentement à l'assurance.

Le bulletin d'adhésion sera accompagné de la déclaration d'état de santé ou du questionnaire de santé selon les conditions d'adhésion applicables. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

L'Assuré devra désigner le ou les bénéficiaire(s) du capital décès via la complétude d'un formulaire de désignation de bénéficiaire.

Lorsque l'Assuré bénéficie de l'option MUDUO « Allocations obsèques » (adhésion intervenue avant 01/01/2016), il devra également désigner le (s) Bénéficiaire(s) du solde éventuel.

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

L'adhésion au contrat prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande d'adhésion pour les inscriptions soumises à la complétude d'une déclaration d'état de santé.

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

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

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.

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

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du 1^{er} janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 3.3 « Résiliation de l'adhésion » de la présente notice d'information et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Assuré au contrat d'un Certificat de garantie confirmant son inscription au contrat.

Les garanties choisies sont collectives et indissociables de l'appartenance à la Mutuelle souscriptrice.

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

3.1.4 Evolution du risque après la prise d'effet du contrat

L'Assuré doit 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'Assuré doit, par lettre recommandée déclarer à la Mutuelle souscriptrice, ces circonstances dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où il en a eu connaissance. S'il ne le fait pas il s'expose aux sanctions relatives à la fausse déclaration du risque de l'article L113-8 du Code des assurances.

3.1.5 Délais de renonciation en cas de vente en face à face, par démarchage ou à distance

Définitions et délais pour exercer la faculté de renonciation

• Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de l'adhésion à un contrat qui n'entre pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle.

Conformément à l'Article L. 132-5-1 Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans **un délai de trente (30) 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.

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

L'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

• Si le contrat est vendu à distance :

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

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

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter de la date de conclusion du contrat
- Soit 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 que 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.

- **Si le contrat est vendu en face à face :**

Le contrat est vendu en face à face si au moins une des étapes de la vente a lieu en face à face avec le Candidat à l'assurance.

Conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans **un délai de trente (30) 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 prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat d'adhésion remis à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice.

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

Si après avoir renoncé au contrat, l'Assuré découvre qu'un sinistre est survenu avant cette renonciation, ce dernier pourra être indemnisé dans les conditions prévues par le contrat et l'Adhérent devra alors s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES

1, rue de l'Abbé Roger Derry -75730 Paris Cedex 15
ou par recommandé électronique avec avis de réception : bgd@maee.fr,

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

« Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat MI01 que j'ai signé le [Date de la demande d'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros].

Le [Date et signature] ».

Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique. Au-delà du délai de trente (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 ou d'une vente en face à face**, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existée et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre de renonciation en recommandé avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique.
- **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 recommandé avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique. 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 cependant 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.

3.2 Fin des garanties

L'inscription de l'Assuré ainsi que les garanties cessent d'être dues en cas :

- de demande de résiliation formulée par l'Adhérent à la Mutuelle souscriptrice par tout

moyen au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'inscription cesse le 31 décembre de l'année. La demande de résiliation doit être signée conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou Personne assimilée, le cas échéant ;

- de décès de l'Assuré, au jour du décès ;
- de non-paiement de la cotisation par l'Adhérent au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances et décrite à l'article 3.8.3.de la présente notice ;
- pour la garantie décès, au jour de son 65ème anniversaire de l'Assuré ;
- de perte de la qualité de Membre participant, ou de la perte de la qualité de Conjoint ou Personne assimilée, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- de résiliation du contrat entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur, 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 non acceptation de modification du contrat, à cette date ;
- pour l'option MUDUO « Allocations Obsèques », au jour de la renonciation au bénéfice de cette garantie par l'Adhérent. A noter que la renonciation de l'Adhérent à l'option n'emporte pas radiation du contrat. Les autres garanties prévues au contrat continuent d'être assurées.

3.3 Résiliation de l'adhésion

3.3.1 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat, c'est-à-dire à l'ensemble des garanties souscrites par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances, en s'adressant à la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante : Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE), 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15, ou à l'adresse électronique suivante : bgd@maee.fr, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle du contrat.

L'Adhérent peut également demander la résiliation de son adhésion :

- dans les conditions prévues à l'article L. 113-16 du Code des assurances à savoir en cas de changement de profession ;

retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

- en cas de non acceptation de la révision de la cotisation prévue à l'article 3.16 de la présente notice.

La résiliation doit être effectuée dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

3.3.2 Résiliation à l'initiative de l'Assureur

L'Assureur peut demander la résiliation de l'adhésion d'un Adhérent et par conséquent celle de l'Assuré au contrat en cas de :

- non-paiement de la cotisation due au titre de l'adhésion dans les conditions prévues au sein de la présente Notice ;
- fausse déclaration de l'Adhérent ou de l'Assuré ;
- non acceptation de la révision de la cotisation par l'Adhérent.

3.4 Fausse déclaration

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

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, de l'Adhérent ou de la Mutuelle souscriptrice tant lors de l'adhésion qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent, soit de résilier le contrat 10 jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, les prestations sont réduites en proportion du taux des cotisations

payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

En cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, le ou les Bénéficiaire(s) produisant sciemment des documents inexacts ou frauduleux sera (seront) déchu (s) de son (leur) droit aux prestations telles que décrites dans le contrat.

3.5 Maintien des garanties en cas de radiation de l'Assuré du contrat par l'Adhèrent preneur d'assurance

Lorsque l'Adhèrent preneur d'assurance demande la radiation du contrat de son Conjoint ou Personne assimilée, ce ou cette dernière peut demander le maintien au contrat aux mêmes conditions tarifaires et aux mêmes garanties sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice telle que définie par les statuts de celle-ci.

Dans tous les cas, la demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice moins de 12 mois à compter de la date de radiation par son Conjoint ou Personne assimilée.

Le maintien des garanties de l'Assuré n'est soumis à aucune formalité médicale.

La cotisation est appelée à l'Assuré, Conjoint ou Personne assimilée, par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées à l'article 3.8 « Cotisations » de la présente notice d'information.

3.6 Maintien de la garantie en cas de décès de l'Adhèrent preneur d'assurance

Lors du décès de l'Adhèrent preneur d'assurance, l'Assuré, c'est-à-dire le Conjoint ou Personne assimilée, peut, s'il en fait la demande, être maintenu au contrat aux mêmes conditions tarifaires et aux mêmes garanties, avec l'accord de la Mutuelle souscriptrice.

La demande de maintien au contrat par l'Assuré doit être formulée par écrit à la Mutuelle souscriptrice moins de douze (12) mois après le décès de l'Adhèrent, preneur d'assurance et sous réserve que l'Assuré devienne préalablement Membre participant de la Mutuelle souscriptrice conformément aux statuts de la Mutuelle.

Le maintien des garanties de l'Assuré n'est soumis à aucune formalité médicale.

La cotisation est appelée à l'Assuré, Conjoint ou Personne assimilée, par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées à l'article 3.8 « Cotisations » de la présente notice d'information.

3.7 Maintien du contrat suite à changement de Mutuelle souscriptrice

En cas de changement de mutuelle par l'Adhèrent, si la nouvelle mutuelle a également souscrit au Contrat MI-01 auprès de l'Assureur, l'Assuré peut être maintenu au Contrat s'il le souhaite sans formalités médicales. Toutefois, la nouvelle adhésion devra faire immédiatement suite à son départ de la MAEE. Il devra renseigner à cet effet un nouveau Bulletin d'adhésion.

3.8 Cotisations

3.8.1 Montant des cotisations

Les montants des cotisations sont calculés en appliquant le barème figurant à l'annexe de la présente notice.

La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion au contrat et du montant de garantie choisi, en application du barème. La revalorisation des montants des cotisations s'effectue dans les mêmes conditions que la revalorisation des garanties forfaitaires (article 3.9) et des prestations périodiques en cours de service (article 3.11).

Les montants des cotisations sont révisables, indépendamment de leur revalorisation définie ci-dessus, lors de chaque renouvellement annuel de l'adhésion, en fonction des résultats du contrat.

3.8.2 Modalité de paiement des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation à la Mutuelle souscriptrice par l'Adhèrent.

Au choix de l'Adhèrent 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'Adhèrent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal ou soit précomptée automatiquement sur le traitement ou la pension de l'Adhèrent dans les conditions déterminées par la Mutuelle souscriptrice.

En cas de maintien des garanties à l'Assuré dans les conditions prévues aux articles 3.5 « Maintien des garanties en cas de radiation de l'Assuré du contrat par l'Adhèrent preneur d'assurance », 3.6 « Maintien des garanties en cas de décès de l'Adhèrent preneur d'assurance » et 3.7 « Maintien de la garantie à titre individuel après résiliation du contrat collectif à adhésion facultative » de la présente notice d'information, la cotisation due au titre des garanties sera prélevée annuellement sur le compte bancaire de l'Assuré ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal.

Tout mois commencé est dû.

Le montant de la cotisation de la première année est calculé en mois entier *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion ou du maintien des garanties à l'Assuré

dans les conditions prévues aux articles 3.5, 3.6 et 3.7 susvisés et le 31 décembre suivant.

3.8.3 Défaut de paiement les cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent ou à l'Assuré en cas de maintien des garanties du contrat dans les conditions prévues aux articles 3.5 et 3.6 susvisés 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, la radiation du contrat, conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances.

3.9 Revalorisation des garanties forfaitaires

Les montants des garanties forfaitaires sont revalorisés chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2.3 ci-dessus, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2%.

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

3.10 Revalorisation du capital en cas de décès de l'Assuré

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 7.3 de la présente notice, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

3.11 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'Evolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2.3 entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2%.

En tout état de cause, les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

En cas de résiliation du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont maintenues et

se poursuivent jusqu'au terme de chaque garantie. En l'absence d'organisme assureur reprenneur, les prestations sont revalorisées par l'Assureur dans les conditions prévues ci-avant. En cas de changement d'organisme assureur les revalorisations ultérieures ne sont plus versées par l'Assureur à compter de la date de résiliation du contrat.

3.12 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre du contrat, sont versées soit directement aux Bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties de la présente notice d'information.

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

3.13 Délai de déclaration de sinistre et prescription

3.13.1 Délai de déclaration de sinistre

A compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie, toute demande de prestations doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice dans les deux (2) mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies. Toutefois si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration de sinistre lui a causé un préjudice, il peut réclamer une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard lui a causé.

3.13.2 Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du contrat et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'évènement à l'origine de cette action.

Toutefois, ce délai ne court pas :

1°) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en eu connaissance ;

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

Par ailleurs,

• Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la

désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

- L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.
- Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- Conformément à l'article 2240 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Conformément à l'article 2241 du Code civil : la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Conformément à l'article 2242 du Code civil : l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Conformément à l'article 2243 du Code civil : l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- Conformément à l'article 2244 du Code civil : le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- Conformément à l'article 2245 du Code civil : l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des

autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

- Conformément à l'article 2246 du Code civil : l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

3.14 Contrôle médical et conciliation

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

- L'Assuré qui ne répond pas aux demandes de pièces complémentaires et/ou qui ne renvoie pas les formulaires de gestion dûment remplis dans les deux mois suivant la demande, verra sa demande suspendue.
- L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision en lui adressant sous pli fermé et confidentiel, dans les trois 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 expert 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 toute voie 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.

3.15 Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties du contrat et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

- 1) de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- 2) directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome,
- 3) de la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions,
- 4) de l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin,
- 5) du risque de navigation aérienne lorsque l'Assuré au contrat se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré.

Sont exclus de la garantie décès, les décès résultant du suicide volontaire de l'Assuré survenant dans les 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

Sont exclus de la garantie dépendance, les sinistres résultant :

- 1) de toute atteinte, volontaire et consciente, par l'Assuré à son intégrité physique,
- 2) d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement,
- 3) de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'Assuré,
- 4) de la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,
- 5) directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.

3.16 Révision des cotisations

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,
- et des résultats du Contrat.

Toute modification du montant de la cotisation est notifiée à l'Adhérent 3 mois avant sa prise d'effet. L'Adhérent dispose alors d'un délai de 30 jours pour la refuser à compter du moment où il a eu connaissance de la révision de la cotisation.

4. Autorité de contrôle

L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par la Mutuelle souscriptrice 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 (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

Direction du contrôle des pratiques commerciales
4 place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

5. Renseignements – Réclamations - Médiation

Les demandes d'information ou de réclamation sont à réaliser selon les indications précisées en annexe.

6. Secret médical

L'Assuré ou le cas échéant son représentant légal doit transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé et confidentiel, au médecin conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessous :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555
94116 Arcueil Cedex

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

7. Garantie Décès

7.1 Objet et montant de la garantie

En cas de décès de l'Assuré survenu avant son 65^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit le versement d'un capital décès dont le montant est précisé dans l'annexe jointe à la présente notice.

7.2 Bénéficiaires du capital décès

Les Bénéficiaires sont ceux désignés lors de l'adhésion par l'Assuré de manière formelle et écrite dans les conditions définies ci-après :

Le capital en cas de décès de l'Assuré est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) dans la limite du capital garanti.

La Mutuelle souscriptrice remet à l'Assuré un document, approuvé par l'Assureur et relatif à la désignation de Bénéficiaire(s), dans lequel celui-ci désigne le(s) Bénéficiaire(s) de son choix.

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- ✓ à mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge, non divorcé ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), non séparé ou à mon Concubin dont la vie commune avec moi-même présentait un caractère de stabilité et de continuité au moment de mon décès,
- ✓ à défaut à mes Enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- ✓ à défaut à mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- ✓ à défaut mes autres héritiers selon dévolution successorale par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément le(s) Bénéficiaire(s) de son choix dans le formulaire de désignation de Bénéficiaire approuvé par l'Assureur.

La désignation du ou des Bénéficiaire(s) peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par la Mutuelle souscriptrice, dans les plus brefs délais, à l'Assureur. Il n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsque l'acte lui aura été notifié par écrit.

Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), l'Assuré est invité à renseigner, sur le

formulaire de désignation de Bénéficiaire, au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du(des) Bénéficiaire(s), ainsi que les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisés par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré ainsi que le pourcentage du capital attribué à chacun d'eux.

A défaut du choix d'une formule particulière, la formule générale s'applique.

L'Assuré doit modifier sa clause Bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du (ou des) Bénéficiaire(s). Cette modification s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le Bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment. Il devient Bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du Bénéficiaire et de l'Assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Cette acceptation rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable, sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause Bénéficiaire le prévoit, en cas de naissance du premier enfant de l'Assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du (ou des) Bénéficiaire(s) ou le cas échéant sur le compte bancaire de leur (leurs) représentant(s) légal (légaux).

7.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants dans un délai de 2 (deux) mois suivant la date du sinistre :

- Un acte de décès de l'Assuré,
- Un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- Toutes justifications utiles de l'identité, de la qualité et de l'adresse des Bénéficiaires,
- Le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de douze mois après l'adhésion au contrat,

Dans tous les cas et selon la qualité du (des) bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation :

- Conjoint :
 - un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales, une

photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le Conjoint, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du Conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ;

- Une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.

- **Partenaire :**

- une attestation du pacte civil de solidarité établie par l'officier d'état civil de la mairie, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du Partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé ;
- Une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.

- **Concubin :**

- une attestation de concubinage délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms ;
- Une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.

- **Enfants :**

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété.

- **Bénéficiaire nommément désigné :**

- un extrait d'acte de naissance ;
- une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.

- **Héritiers :**

- un acte de notoriété, un certificat d'hérédité, la dévolution successorale ;
- une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.

7.4 Revalorisation de la garantie

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 7.3 « Paiement des sommes assurées » ci-dessus, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;

b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

8. Garantie Dépendance

8.1 Objet et montant de la garantie

8.1.1 Objet de la garantie.

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

Deux types de rente, qui ne peuvent se cumuler, peuvent être servis :

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

Les montants des rentes sont indiqués à l'annexe de la présente notice.

8.1.2 Reconnaissance de la dépendance

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

- Dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

Les 4 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).

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

En outre, l'état de dépendance est reconnu par l'Assureur au plus tôt à la date d'entrée dans la garantie.

8.1.3 Revalorisation de la garantie

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies aux articles 3.9 « Revalorisation de la garantie » et 3.11 « Revalorisation des rentes en cours de service » de la présente notice d'information.

8.2 Bénéficiaire

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

8.3 Délai de franchise

Le droit à prestation est acquis 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 au sens de l'article 2.3 « Définitions » de la présente notice d'information,
- 180 jours dans les autres cas.

8.4 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 dans un délai de 2 (deux) mois:

- un questionnaire dépendance spécifique de l'Assureur en cours à la date de la demande. Celui-ci devra être dûment complété et accompagné de tout justificatif médical permettant l'étude du dossier par le médecin conseil (rapport d'expertise, rapport médical,...);
- en outre, en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement hospitalier pour personnes âgées, l'attestation d'hébergement prévue par l'Assureur ;
- Le cas échéant, la décision du président du Conseil Départemental du lieu de résidence de l'Assuré relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. A noter que ce document permettra d'étudier le dossier, cependant l'attribution de l'APA ne vaut pas mise en jeu de la garantie celle-ci étant évaluée sur la base de critères contractuellement définis ;
- Le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion ;
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel la rente devra être versée. Si le compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, 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) ;
- tout document prouvant le lien de cause à effet entre le sinistre ayant entraîné la dépendance d'une part, et d'autre part l'accident

- Toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical 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.

8.5 Modalités de versement des prestations

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 *pro rata temporis*.

Lorsque l'Assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, 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 de l'Assuré ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie au 1^{er} janvier de chaque année ainsi que d'une attestation d'hébergement à faire remplir par le responsable de l'établissement en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé.

8.6 Modification de la situation de l'Assuré

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

9. Garantie Allocation d'Obsèques

9.1 Objet et montant de la garantie

L'Assureur garantit en cas de décès de l'Assuré après son 65^{ème} anniversaire (AO MUDUO BASE) ou à tout âge (AO MUDUO PLUS), le versement d'une allocation Obsèques visant à rembourser tout ou partie des frais d'obsèques engagés en cas de décès

de l'Assuré lorsque l'Adhérent a fait le choix de cette option au moment de l'adhésion au contrat ou ultérieurement, étant entendu que l'option est fermée à l'adhésion depuis le 31/12/2015.

L'Adhérent ayant opté pour cette option peut y renoncer à tout moment au moyen d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante : Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE), 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15, ou à l'adresse électronique suivante : bgd@maee.fr.

Le montant du capital garanti est précisé à l'annexe de la présente notice.

9.2 Bénéficiaires de la garantie

L'Assureur procède au remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques engagés et dans la limite du capital prévu, à la personne physique s'en étant acquitté ou à l'organisme de pompes funèbres.

Lorsque le montant garanti est supérieur au montant des frais d'obsèques réellement engagés, le reliquat éventuel est versé aux Bénéficiaires désignés par l'Assuré selon les modalités de désignation de bénéficiaires prévues à l'article 7.2 « Bénéficiaires » de la présente notice.

9.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires au versement du capital doivent être adressées à l'Assureur, accompagnées des pièces justificatives suivantes dans un délai de 2 (deux) mois :

- Un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
- S'il s'agit de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques :
 - La facture des prestations réalisées,
 - Un extrait K Bis de moins de 3 mois,
 - Un relevé d'identité bancaire au nom de l'organisme de Pompes Funèbres.
- S'il s'agit de la personne physique ayant réglé les obsèques :
 - La facture originale acquittée au nom de la personne physique,
 - Une photocopie recto-verso, datée et signée, de sa pièce d'identité en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son ou ses représentants,
 - Un relevé d'identité bancaire à son nom ou, le cas échéant, de son ou ses représentants.

Pour le solde éventuel et selon la qualité du (des) bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation :

- Conjoint :
 - un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales, une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le Conjoint, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du

Conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ;

- une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.
- Partenaire :
 - une attestation du pacte civil de solidarité établie par l'officier d'état civil de la mairie, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du Partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé ;
 - une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.
- Concubin :
 - une attestation de concubinage délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms ;
 - une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.
- Enfants :
 - un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété
- Bénéficiaire nommément désigné :
 - un extrait d'acte de naissance.
 - une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité
- Héritiers :
 - un acte de notoriété, un certificat d'hérédité, la dévolution successorale.
 - une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité