

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

PLURIO DEPENDANCE

MI-06

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

Après de

MFPrévoyance
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
Au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
Siège social : 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux
Immatriculée au RCS sous le numéro 507 648 053,
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

Cette notice d'information prend effet à compter du **1^{er} janvier 2023**

Important : La Notice d'Information de votre adhésion est un document juridique essentiel.

Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants

NOTE D'INFORMATION

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de l'Adhérent sur certaines dispositions essentielles du contrat N° MI.06 relatif à la présente notice d'information. Il est important que le Candidat à l'assurance lise intégralement la présente notice d'information, et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires.

Nature du contrat

Le Contrat MI06 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par la MAEE « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance « l'Assureur ».

Garanties

Le Contrat MI-06 garantit le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance telle que définie aux articles 4.5 « La dépendance totale » et 4.6 « La dépendance partielle (garantie optionnelle) » de la notice.

En cas de résiliation de l'Adhésion à l'initiative de l'Adhérent, les prestations en cours de versement cessent d'être dues et versées à compter de la date de résiliation, y compris pour les Ayants droit assurés.

Faculté de renonciation

Le Contrat MI06 comporte une faculté de renonciation (Cf. article 3.5 « Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de vente par démarchage » de la présente notice d'information).

Durée de l'adhésion :

Les adhésions sont conclues pour une durée d'un an. 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.

Bénéficiaires :

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

SOMMAIRE

| | |
|--|------------------------------------|
| 1) Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance..... | 6 |
| 2) Objet du contrat et Définitions | 7 |
| 2.1 Objet | 7 |
| 2.2 Définitions | 7 |
| 3) Adhésion au contrat | 8 |
| 3.1 Conditions d'adhésion..... | 8 |
| 3.2 Conditions d'âge | 8 |
| 3.3 Conditions de santé | Erreur ! Signet non défini. |
| 3.4 Formalités d'adhésion – Changement de Souscripteur – Evolution du risque | 9 |
| 3.5 Délai de renonciation en cas de vente à distance ou en cas de vente par démarchage | 9 |
| a) Définition | 9 |
| b) Délai de renonciation | 9 |
| c) Modalités d'exercice de la renonciation | 9 |
| d) Effets de la renonciation | 10 |
| a) Définition | 10 |
| b) Délai de renonciation | 10 |
| c) Modalités d'exercice de la renonciation | 10 |
| d) Effets de la renonciation | 10 |
| 3.6 Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat | 10 |
| 3.7 Fausse déclaration à l'Assureur et/ou du Souscripteur..... | 11 |
| 3.8 Remise de la Notice d'information..... | 11 |
| 3.9 Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent | 11 |
| 3.10 Résiliation du contrat à l'initiative de l'Assureur | 11 |
| 3.11 Résiliation de plein droit | 11 |
| 4) Garantie Dépendance | 14 |
| 4.1 Objet de la garantie..... | 14 |
| 4.2 Montant garanti | 14 |
| 4.3 Bénéficiaire | 14 |
| 4.4 Modification du montant de la garantie et formalités à accomplir | 14 |
| 4.5 La dépendance totale..... | 15 |
| 4.6 La dépendance partielle (garantie optionnelle)..... | 15 |
| 4.7 Délai de franchise | 16 |
| 5) Risques exclus | 16 |
| 6) Cotisations | 17 |
| 6.1 Modalités de paiement | 17 |
| 6.2 Montant de la cotisation | 17 |

| | |
|---|----|
| 6.3 Révision de la cotisation | 17 |
| 6.4 Défaut de paiement..... | 17 |
| 7) Mise en œuvre de la garantie | 18 |
| 7.1 Formalités en cas de sinistre..... | 18 |
| 7.2 Contrôle médical et conciliation..... | 18 |
| 7.3 Modalités de versement de la prestation de dépendance totale et partielle | 18 |
| 7.4 Modification de la situation du Bénéficiaire et Evolution du risque..... | 19 |
| 7.5 Secret médical | 19 |
| 8) Délai de déclaration de sinistre Prescription et Déchéance | 19 |
| 8.1 – Délai de déclaration de sinistre | 19 |
| 8.2 – Prescription | 19 |
| 9) Fin de garantie et maintien de la garantie..... | 20 |
| 9.1 Fin de garantie | 20 |
| 9.2 Maintien de l'Assuré en cas d'exclusion du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance (Adhésion survenue avant le 1 ^{er} janvier 2021) | 20 |
| 9.3 Maintien de la garantie en cas de décès de l'Adhérent (Adhésion survenue avant le 1 ^{er} janvier 2021) | 21 |
| 10) Autorité de contrôle..... | 21 |
| 11) Renseignements-Réclamations et Médiation | 21 |
| ANNEXE 1 : BAREME DES COTISATIONS | 22 |
| ANNEXE 2 - MODELE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE | 23 |

DISPOSITIONS COMMUNES

1) Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice, auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») – Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance de 81 773 850 euros, Immatriculée au RCS Nanterre sous le n° 507 648 053, Relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) Siège social : 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion et du montant de garantie choisi, en application du barème des cotisations porté en Annexe 1 de la notice d'information et dans les conditions du paragraphe 6 « Cotisations » de la notice d'information.
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 3.5 de la notice d'information.
5. Le contrat a pour objet, tel que mentionné aux articles 2.1 « Objet » et 4 « Garantie dépendance » de la notice d'information, de garantir aux Assurés lors de la survenance du risque Dépendance totale ou partielle, tels que définis au sein de la notice d'information, le versement d'une rente.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5 « Risques exclus » de la notice d'information.
7. L'adhésion au contrat s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 et 3.3 de la notice.
8. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 6.1.
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 renonciation sont prévues à l'article 3.5 de la notice d'information.
11. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice, l'Adhérent et l'Assuré sont régies par le droit français. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
12. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 11 de la notice d'information.

2) Objet du contrat et Définitions

2.1 Objet

Le contrat Plurio Dépendance MI-06 est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la MAEE (ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice ») auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur »).

Il relève des branches 1 (Accident) et 2 (Maladie) définies à l'article R.321-1 du Code des assurances et est régi 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 est la langue française.

Le contrat a pour objet le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance telle que définie aux articles 4.5 « La dépendance totale » et 4.6 « La dépendance partielle (garantie optionnelle) » de la notice.

2.2 Définitions

L'Accident est défini comme tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Assuré, 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 opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'un accident, ne sont pas considérés comme des accidents.

L'Adhérent est la personne physique répondant aux conditions posées par les statuts de la Mutuelle souscriptrice et par le présent Contrat. Il s'engage à ce titre à verser la cotisation correspondante.

Peut également adhérer de manière autonome au contrat le Conjoint ou la Personne assimilée, lorsque les statuts de la Mutuelle le prévoient. Il/elle s'engage à ce titre à verser la cotisation correspondante.

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

L'Assureur est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFPrévoyance** - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance de 81 773 850 euros, Immatriculée au RCS Nanterre sous le n° 507 648 053, Entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 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.

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

Le Candidat à l'assurance est l'Adhérent potentiel au Contrat d'assurance

Le Certificat de garantie est le document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend notamment la désignation des personnes assurées ainsi que les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

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

Le Conjoint est la personne mariée à l'Adhérent, non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe.

Le Délégué de gestion : Personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions. 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.

La Fraude à l'assurance : est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré (e), 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 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 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 liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexes différents ou de même sexe pour organiser leur

vie commune conformément à l'article 515-1 du Code civil.

La Personne assimilée à un Conjoint est le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article. Dans le cadre du Contrat, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

Les Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères : Est défini comme Personne Politiquement Exposée, l'Assuré, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, le Bénéficiaire d'un Contrat d'assurance-vie ou de capitalisation, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, 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 Preneur d'assurance est l'Adhérent qui inscrit audit Contrat son Conjoint ou Personne assimilée.

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et du 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 : <http://vosdroits.servicepublic.fr/particuliers/F461>.

La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'Article 8 « Délai de déclaration de sinistre Prescription et Déchéance » de la notice.

3) Adhésion au contrat

3.1 Population couverte

En application des statuts de la Mutuelle souscriptrice, tout Membre participant peut à titre facultatif :

- adhérer au Contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de l'Assureur pour bénéficier de la garantie individuelle Rente Dépendance

décrite ci-après (groupe 2) ;

- inscrire son Conjoint ou Personne assimilée. Peut également (groupe 2) adhérer au contrat de manière autonome le Conjoint ou Personne assimilée à condition que les statuts du Souscripteur le prévoient et qu'il/elle s'engage à ce titre, à verser la cotisation correspondante.

3.2 Conditions d'âge

Peuvent adhérer au groupe 2 visé au paragraphe 4.2 ci-après :

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

Le Candidat doit également respecter les conditions de santé de l'article 3.3 ci-après.

3.3 Conditions de santé

L'adhésion est soumise à l'acceptation du Médecin-conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le Candidat à l'assurance au questionnaire de santé et de toute autre pièce demandée par le Médecin-conseil de l'Assureur nécessaires au traitement de la demande d'adhésion.

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 en formulant des exclusions médicales ;
- ajourner sa décision dans l'attente des pièces complémentaires sollicitées par lui-même, nécessaires pour statuer sur la demande d'adhésion ;
- refuser l'entrée dans l'assurance.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature apposée par le Candidat à l'assurance.

Ce questionnaire est à placer par le Candidat à l'assurance sous pli confidentiel et fermé, et à adresser au Médecin-conseil de l'Assureur agrafé à la demande d'adhésion à l'adresse suivante :

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

3.4 Formalités d'adhésion – Changement de Mutuelle souscriptrice – Evolution du risque

3.4.1 Demande d'adhésion

L'adhésion de l'Adhérent et l'inscription de son Conjoint ou Personne assimilée le cas échéant répondant aux conditions de l'article ci-dessus se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion accompagné le cas échéant d'un questionnaire de santé, transmis par la Mutuelle souscriptrice à l'Adhérent.

Il (s) devra (ont) à ce titre remplir un bulletin d'adhésion au contrat selon un modèle approuvé par l'Assureur, par lequel il (s) précise(nt) son (leur) identité et les éléments nécessaires au calcul de la cotisation et à la détermination de sa (leur) couverture, donne son (leur) consentement à l'assurance, reconnaît (ssent) avoir pris connaissance de la présente notice d'information ainsi que du document d'information précontractuel.

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

Si les statuts de la Mutuelle souscriptrice prévoient la possibilité pour le Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent au contrat objet de la présente notice d'adhérer de façon autonome alors seul le Conjoint ou Personne assimilée devra renseigner, dater et signer son propre bulletin d'adhésion.

Lors de l'adhésion de l'Adhérent ou de l'inscription au Contrat du Conjoint ou Personne assimilée, l'Adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

En cas d'adhésion autonome, le Conjoint ou Personne assimilée règle lui/elle-même d'avance la première cotisation.

3.4.2 Changement de Mutuelle souscriptrice

En cas de changement de Mutuelle par l'Adhérent, si la nouvelle mutuelle a également souscrit au Contrat PLURIO Dépendance MI-06, l'Assuré peut être maintenu au Contrat s'il le souhaite sans formalités médicales.

Toutefois, sa nouvelle adhésion devra faire immédiatement suite à son départ de la MAEE.

Il devra renseigner à cet effet un nouveau Bulletin d'adhésion.

3.4.3 Evolution du risque en phase précontractuelle

L'adhésion repose sur l'exactitude des déclarations de l'Adhérent conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances.

Toute modification de l'état de santé du Candidat à l'assurance intervenant entre le jour de la demande d'adhésion et l'acceptation de l'Assureur devra lui être déclarée.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée 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, dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Tout document à caractère médical doit être transmis sous pli fermé et confidentiel, à l'adresse suivante :

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

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

* **Si le contrat est vendu à distance :**

a) Définition

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

b) Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter :

- ✓ du jour de la conclusion du contrat ou de la date d'effet de l'adhésion,
- ✓ du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 222-6 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

La date de conclusion du contrat et/ou la date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat de garantie.

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

c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation :

- par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée 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 : 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 PLURIO DEPENDANCE MI-06** conclu le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances. Le [Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi), ou du recommandé électronique l'adhésion au titre du contrat est résiliée sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

- Si l'Adhérent exerce son droit de renonciation, l'intégralité de la cotisation est due par la Mutuelle souscriptrice, dans un délai de 30 jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qui correspond à la date de résiliation du contrat. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.
- La Mutuelle souscriptrice peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru à condition que l'Adhérent ait expressément demandé un début d'exécution et a été prévenu du coût de cette prestation en cas de renonciation.

* **Si le contrat est vendu par démarchage :**

a) Définition

Le contrat est vendu par démarchage, si l'assurance a été proposée au domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, en vue de l'adhésion à un contrat qui n'entre pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle.

b) Délai de renonciation

Conformément à l'Article L. 112-9 Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La date de conclusion du contrat et/ou la date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat d'inscription.

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

c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation :

- par lettre recommandée datée et signée, envoyée 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 : 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 PLURIO DEPENDANCE MI-06** conclu le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances. Le [Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée, la date du cachet de la Poste faisant foi, ou du recommandé électronique la garantie prend fin sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée.

Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle souscriptrice procède au remboursement de la cotisation versée par l'Adhérent, dans un délai de 30 jours maximal à compter du jour où l'Adhérent a envoyé sa lettre de renonciation par lettre recommandée ou par recommandé électronique pour se rétracter. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

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

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le Médecin-conseil de l'Assureur.

En cas de défaut du paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée à la date l'encaissement effectif de celle-ci.

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

Les adhésions sont conclues pour une durée d'un an. 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 3.9 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la notice et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent d'un certificat d'inscription confirmant son inscription au Contrat.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion sont couverts.

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

Les déclarations faites par les Adhérents 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 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'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

3.8 Remise de la Notice d'information et du document d'information précontractuel

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

Toute modification apportée au Contrat par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances, à savoir une information par écrit 3 mois au minimum avant l'entrée en vigueur des dites modifications.

3.9 Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat, c'est-à-dire à l'ensemble des garanties souscrites par tout moyen à l'adresse suivante: **Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)**, 1, rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 Paris Cedex 15 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. La résiliation doit être effectuée dans un délai de trente jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

Lorsque la résiliation concerne l'inscription du Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être signée conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou Personne assimilée. En cas d'adhésion autonome, elle doit être signée que par le Conjoint ou la Personne assimilée.

3.10 Résiliation du contrat à l'initiative de l'Assureur

Outre la dénonciation à l'échéance annuelle prévue dans l'Article 3.9 de la notice, le Contrat peut être résilié par l'Assureur en cas :

- De non-paiement de la cotisation 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 6 de la notice,
- De non acceptation de la révision de la cotisation,
- De fausse déclaration de l'Adhérent dans les conditions prévues à l'article 3.7 de la notice

Les prestations correspondant aux sinistres intervenus avant la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits.

3.11 Résiliation de plein droit

Le Contrat pourra être résilié de plein droit, en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur, le 40^{ème} jour à compter de la date de la publication au Journal Officiel (JO) de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel

et de résolution (ACPR) prononçant le retrait d'agrément.

La prime postérieure à la date de la résiliation et correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, sera alors reversée à l'Adhérent.

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

4) Garantie Dépendance

4.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré :

- en situation de dépendance totale, telle que définie à l'article 4.5 ci-après.
- en état de dépendance partielle et qui a souscrit l'option définie à l'article 4.6 (garantie optionnelle) » ci-après.

La rente est versée tant que l'Assuré en état de dépendance répond aux définitions des articles 4.5 et 4.6 précités de la notice et ce jusqu'à son décès.

4.2 Montant garanti

Deux groupes de garanties existent dans le Contrat :

4.2.1 - Groupe 1 : Fermé à nouvelle adhésion

Ce groupe concerne uniquement les Adhérents bénéficiant des garanties prévues avant le 31 décembre 2009.

L'Assuré peut modifier le montant de la garantie choisi au jour de son adhésion dans les conditions prévues à l'article 4.4 de la présente notice.

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle exprimée en points. La garantie de base est de 50 points minimum et est fonction du nombre de tranche choisi par l'Adhérent. Ce montant peut être modifié en cours d'adhésion à la hausse dans les conditions prévues en infra.

La valeur du point au 1^{er} janvier 2023 est de 1,80 euros.

Le montant de la rente est égal au nombre de points choisi par l'Adhérent multiplié par la valeur du point.

La valeur du point est revalorisée chaque année au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2 %. La valeur ainsi calculée est arrondie au centime d'euro supérieur.

4.2.2 - Groupe 2 : Ouvert à tous les Adhérents

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent choisi son niveau de garantie. En cas d'inscription du Conjoint ou Personne assimilée, le niveau de garantie choisi sera identique à celui de l'Adhérent principal.

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle exprimée en euros et est fonction du nombre de tranches choisi par l'Adhérent. Ce nombre peut être augmenté ou diminué en cours d'adhésion, au choix de l'Adhérent conformément à l'article 4.4 de la notice.

La valeur d'une tranche au 1^{er} janvier 2023 est de 106 euros. Le montant de la rente est égal au nombre entier de tranches choisi par l'Adhérent multiplié par la valeur

d'une tranche.

La valeur de la tranche est revalorisée chaque année au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 dans la limite de 2 %. La valeur ainsi calculée est arrondie à l'euro supérieur.

4.3 Bénéficiaire

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

4.4 Modification du montant de la garantie et formalités à accomplir

L'Adhérent du Groupe 1 comme du Groupe 2 et/ou son Conjoint ou Personne assimilée peut demander en cours d'adhésion une modification du montant de sa garantie.

L'Adhérent a la possibilité de demander la modification de sa garantie le cas échéant dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2 de la notice. La modification du montant de sa garantie par l'Adhérent entraîne nécessairement la modification du montant de la garantie du Conjoint ou Personne assimilée. A contrario, la modification du montant de la garantie du Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent n'entraîne pas la modification du montant de la garantie de l'Adhérent.

Lorsque la demande concerne la garantie du Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, le bulletin d'adhésion relatif à la modification du montant garanti doit être signé conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou Personne assimilée. Lorsque le Conjoint ou Personne assimilée a adhéré de façon autonome, il/elle devra renseigner et signer lui/elle-même son bulletin d'adhésion modificatif.

Lorsque l'Adhérent demande :

- une diminution de montant de la garantie, la nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Dans ce cas, la demande est acceptée d'office.

- une augmentation de montant de la garantie, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues à l'article 3.1 de la notice.

Par ailleurs, l'Assuré devra en plus du bulletin d'adhésion modificatif, renseigner un questionnaire de santé. Ce dernier est à adresser sous pli fermé et confidentiel à l'attention du Médecin-conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessous :

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

La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du

Médecin conseil de l'Assureur.

En tout état de cause, la demande de modification 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 modificatif.

Dans le cas où la demande d'augmentation de montant est refusée ou ajournée, la garantie continue de s'appliquer sur les anciennes bases.

Les Adhérents du groupe 1 peuvent, s'ils le souhaitent, à titre complémentaire souscrire aux garanties du groupe 2.

Néanmoins, cette souscription ne peut avoir pour effet de porter le cumul des montants garantis au-delà du montant maximum de garantie autorisé pour le groupe 2, soit 20 tranches, une tranche correspondant à 106 € au 1^{er} janvier 2023.

Ces modifications sont constatées par l'envoi d'un Certificat de garantie à l'Adhérent.

Le passage d'un groupe à l'autre n'est pas accepté par l'Assureur.

4.5 La dépendance totale

En cas de dépendance totale, la rente versée est égale à 100% du montant de garantie choisi par l'Adhérent dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2.

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

- 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). Les quatre actes ordinaires de la vie 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).
- est reconnu par le Médecin-conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

L'état de dépendance est reconnu comme tel à la date de réception de l'ensemble des justificatifs nécessaires par l'Assureur, sous réserve de l'acceptation par les Médecins conseils de l'Assureur et que l'Assuré

remplisse l'ensemble des conditions relatives à la dépendance.

La date de reconnaissance, déterminée par l'Assureur, ne peut être antérieure à la date de réception de la demande par l'Assureur accompagnée des pièces justificatives prévues à l'article 7.1 (dossier complet). Ces deux dates peuvent être identiques si après instruction médicale du dossier par l'Assureur, l'état de santé de l'Assuré ouvre droit à prestations. L'Assuré est informé de la décision de l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

4.6 La dépendance partielle (garantie optionnelle)

4.6.1 Objet

L'option garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré en situation de dépendance partielle telle que définie ci-dessous.

La rente versée est égale à 50% du montant de garantie choisi par l'Adhérent, dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2.

4.6.2 Conditions

Le choix de l'option peut intervenir lors de l'adhésion au contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 ou en cours d'adhésion.

Ce choix est révocable à tout moment.

L'octroi de l'option est subordonné au respect des conditions d'âge et de santé prévues à l'article 3.2 et 3.3 de la présente notice d'information.

4.6.3 Formalités

La demande d'adhésion à l'option se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion.

Lorsque l'Adhérent demande l'annulation de l'option, sa demande doit être notifiée dans le bulletin d'adhésion à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

Lorsque la demande d'inscription ou d'annulation à l'option concerne le Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, le bulletin doit être signé conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et le Conjoint ou Personne assimilée.

En cas d'adhésion autonome, seul le Conjoint ou la Personne assimilée est amené(e) à signer ce bulletin.

4.6.4 Prise d'effet

L'option et la cotisation correspondante prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du Médecin conseil de l'Assureur. Lorsque l'Adhérent demande l'annulation de la garantie optionnelle, la nouvelle cotisation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

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.

4.6.5 Reconnaissance de la dépendance partielle

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

- se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller) définis ci-après.
- et est reconnu comme répondant au critère précédent par le Médecin conseil de l'Assureur.

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis par deux fonctions. Pour qu'un acte de la vie quotidienne soit reconnu impossible partiellement, l'une au moins des fonctions de l'acte indiqué dans la définition ci-dessous doit être totalement et complètement impossible à effectuer par la personne seule :

- **Se déplacer :**

1. se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir,
OU
2. aller d'une pièce à l'autre à l'intérieur du domicile. L'usage d'une aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) par la personne n'influe pas sur le jugement s'il permet à la personne de se déplacer sans aide humaine.

- **S'alimenter :**

1. se servir, c'est à dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit, (mais n'incluant pas la préparation des repas),
OU
2. porter les aliments à la bouche et les avaler.

- **Se laver :**

1. faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps,
OU
 2. faire la toilette simple de toute la partie inférieure du corps.
- La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

- **S'habiller :**

1. vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps,
OU
 2. vêtir et dévêtir la partie inférieure du corps.
- La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

L'état de dépendance est présumé comme tel à la date de réception de l'ensemble des justificatifs nécessaires par l'Assureur, sous réserve de l'acceptation par les Médecins conseils de l'Assureur et que l'Assuré remplisse l'ensemble des conditions relatives à la dépendance partielle.

La date de reconnaissance, déterminée par l'Assureur, ne peut être antérieure à la date de réception de la demande par l'Assureur accompagnée des pièces justificatives prévues à l'article 7.1 (dossier complet). Ces deux dates peuvent être identiques si après instruction médicale du dossier par le Médecin-conseil de l'Assureur, l'état de santé de l'Assuré ouvre droit à prestations.

4.6.6 Fin de l'état de dépendance partielle

Le versement de la prestation est maintenu tant que dure l'état de dépendance partielle sauf en cas de résiliation du contrat à l'initiative de l'Adhérent.

Par ailleurs, les garanties de dépendance totale et partielle ne sont pas cumulables.

4.7 Délai de franchise

La Rente Dépendance est versée à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période pendant laquelle l'Assureur n'indemnise pas l'Assuré. Cette période 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 telle que définie à l'article 2 « Définitions » de la présente notice,
- 180 jours dans les autres cas.

5) Risques exclus

Sont exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement les dépendances résultant :

1. De faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
2. Directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
3. De la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions ;
4. De l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin ;
5. Du risque de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré ;
6. De toute atteinte, volontaire et consciente par l'Assuré à son intégrité physique ;
7. D'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est

supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement ;

8. De luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'Assuré au Contrat ;

9. De la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel (il est précisé que la dépendance résultant de la pratique professionnelle de conduite de véhicules terrestres ou nautiques ainsi que du pilotage d'aéronefs, n'est pas exclue de la garantie) ;

10. Directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.

6) Cotisations

6.1 Modalités de paiement

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

Le paiement de la cotisation du Conjoint ou Personne assimilée par le Preneur d'assurance s'opère selon les modalités définies ci-après. En cas d'adhésion autonome, le Conjoint ou Personne assimilée s'acquitte lui-même du paiement de la cotisation selon les modalités décrites au sein du présent article.

Le règlement de la cotisation due au titre de la garantie sera prélevée mensuellement, directement sur le compte bancaire de l'Adhérent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal ou à défaut par chèque bancaire.

En cas de maintien des garanties à l'Assuré dans les conditions prévues aux articles 9.2 « Maintien des garanties en cas de radiation de l'Assuré du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance », 9.3 « Maintien des garanties en cas de décès de l'Adhérent preneur d'assurance » de la présente notice, Le règlement de la cotisation due au titre de la garantie sera prélevée mensuellement, directement sur le compte bancaire de l'Adhérent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal ou à défaut par chèque bancaire libellé au nom de la Mutuelle souscriptrice.

Tout mois commencé est dû.

6.2 Montant de la cotisation

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

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 des cotisations annexé à la notice d'information (Cf. Annexe 1).

La garantie optionnelle fait l'objet d'une cotisation spécifique, calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion à l'option et du montant de garantie, choisi en application du barème des cotisations figurant en annexe de la notice (Cf. Annexe 1).

6.3 Révision de la cotisation

Au même titre que les prestations définies à l'article 4.2 l'Assuré voit sa cotisation revalorisée chaque 1^{er} janvier sur la base de l'évolution de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente et arrondie au centime d'euro le plus proche.

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,
- des résultats du contrat.
- de la sinistralité générale (fréquence ou coût des sinistres).

La modification du montant de la cotisation est notifiée à l'Adhérent 3 mois avant sa prise d'effet et est constatée par l'envoi d'un Certificat de garantie à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice.

L'Adhérent dispose alors d'un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification des cotisations pour refuser la révision de sa cotisation et, le cas échéant, résilier son adhésion. Ce délai court à compter du moment où il a eu connaissance de la révision de la cotisation.

6.4 Défaut de paiement

En cas de non-paiement de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Cette lettre recommandée indiquera que si 40 jours après son envoi les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion au Contrat, sera résiliée, et ce sans nouvel avis, conformément à la procédure définie à l'article L 141-3 du Code des assurances.

La résiliation de l'adhésion n'empêche pas l'Assureur de poursuivre le recouvrement des cotisations dues.

7) Mise en œuvre de la garantie

7.1 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par l'Adhérent à la Mutuelle souscriptrice au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- 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 cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement,
- la décision du président du Conseil Départemental du lieu de résidence de l'Assuré relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. 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, un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait du jugement de tutelle ou de curatelle, ou la désignation d'un administrateur légal, d'un gérant de tutelle) ;
- toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'état de dépendance et l'accident ;
- Toute autre pièce ou formulaire demandés 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.

7.2 Contrôle médical et conciliation

A la demande du Médecin conseil de l'Assureur, l'Adhérent s'engage à communiquer toutes les pièces médicales permettant d'apprécier si le sinistre s'inscrit bien dans le cadre de la garantie du contrat.

L'Assureur se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier du sinistre,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés,
- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Ces contrôles et examens peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de versement de prestation.

Dans ce cas de figure, un courrier est adressé à l'Adhérent 70 jours avant la date de révision prévue par le médecin-conseil de l'Assureur. En l'absence de réponse de la part de l'Assuré la prise en charge des échéances sera suspendue 100 jours après l'envoi du courrier initial et ce jusqu'à obtention du rapport de contrôle médical.

L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée quelles que soient les conclusions du contrôle médical

En cas de désaccord avec le Médecin conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Assuré et le Médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

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

7.3 Modalités de versement de la prestation

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

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

Lorsqu'une aggravation ou une diminution de l'état de

la dépendance du Bénéficiaire entraîne la révision du montant de la rente, les versements sont calculés *prorata temporis*. Dans ce cas, il n'est pas appliqué de nouveau délai de franchise.

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

Les prestations garanties sont versées sur le compte du Bénéficiaire ou, le cas échéant, de son représentant légal, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie du Bénéficiaire qui doit être produite chaque année au 1^{er} janvier ainsi que d'une attestation d'hébergement pour les Bénéficiaires d'une rente dépendance hospitalisation, à faire remplir par le responsable de l'établissement au 1^{er} janvier de chaque année.

7.4 Modification de la situation du Bénéficiaire et Evolution du risque

L'Assuré ou son représentant légal, est obligé de déclarer, en cours d'adhésion, 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. Ces circonstances doivent être déclarées à l'Assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

L'Assuré ou son représentant légal, doit, par lettre recommandée, 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, déclarer ces circonstances à la Mutuelle souscriptrice dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

7.5 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 :

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

8) Délai de déclaration de sinistre Prescription et Déchéance

8.1 – Délai de déclaration de sinistre

A compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie du contrat, toute demande de prestations doit-être formulée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice dans les 2 mois qui suivent la date à partir de

laquelle les prestations peuvent être servies ou à partir des demandes de pièces complémentaires.

Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu pour la durée de garantie restant à courir qu'à partir de la réception du dossier complet par l'Assureur et après application de la franchise prévue au contrat.

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

8.2 – Prescription

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 deux (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 fautive 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.

9) Fin de garantie et maintien de la garantie

9.1 Fin de garantie

L'adhésion de l'Assuré au contrat et les garanties cessent d'être dues et/ou versées en cas :

- de demande de résiliation formulée par l'Adhérent par tout moyen adressé à la Mutuelle souscriptrice dont les modalités sont définies à l'article 3.10 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la notice, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'inscription cesse le 31 décembre de l'année. Lorsque la résiliation concerne l'inscription du Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être signée conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou Personne assimilée. En cas d'adhésion autonome, la demande de résiliation doit être signée que par le Conjoint ou Personne assimilée ;
- 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 6.4 de la présente notice ;
- de décès de l'Assuré, au jour du décès ;
- perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice 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 PLURIO DEPENDANCE MI-06, objet de la présente notice d'information, au jour de la prise d'effet de la résiliation ;
- de la fourniture de documents inexacts ou falsifiés ayant pour but d'obtenir des prestations indues, dans cette hypothèse les cotisations versées par l'Assuré restent acquises à l'Assureur ;
- de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, à cette date. Elle doit être réalisée dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

9.2 Maintien de l'Assuré en cas d'exclusion du contrat par l'Adhérent preneur d'assurance

Lorsque l'Adhérent preneur d'assurance demande l'exclusion du contrat de son Conjoint ou Personne assimilée, ce dernier peut demander son maintien au contrat dans les mêmes conditions, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de Membre Participant de la Mutuelle souscriptrice en application des statuts de celle-ci.

La demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice moins de 12 mois à compter de l'exclusion par l'Adhérent preneur d'assurance de son Conjoint ou Personne assimilée.

Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date de l'exclusion par l'Adhérent preneur d'assurance de son Conjoint ou Personne assimilée. La cotisation est appelée à l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées par cette dernière.

Aucune formalité médicale ne sera applicable. La cotisation due par le Conjoint ou la Personne assimilée assuré sera identique à celle initialement versée par l'Adhérent preneur d'assurance.

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

Lors du décès de l'Adhérent preneur d'assurance, l'Assuré peut, s'il en fait la demande, être maintenu au contrat aux mêmes conditions, avec l'accord de la Mutuelle souscriptrice, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice en application des statuts de celle-ci.

La demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice moins de 12 mois après le décès de l'Adhérent. Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date du décès de l'Adhérent. La cotisation est appelée à l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées par celle-ci.

10) 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 l'Assureur/ la Mutuelle souscriptrice à l'égard de leurs Assurés/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 objet de la présente notice, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4, Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

11) Renseignements-Réclamations et Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat et indépendamment du droit pour l'Adhérent de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser aux interlocuteurs suivants :

– Renseignement et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance :

Pour toute demande d'information ou réclamation relative à l'admission dans l'assurance, l'Adhérent peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à :

MFPrévoyance
TSA 90 555
94116 Arcueil Cedex

– Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations :

Pour tout renseignement ou toute réclamation sur le règlement des cotisations, l'Adhérent ou ses ayants droit peuvent s'adresser à :

MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES

Service Prévoyance : 1, rue de l'Abbé Roger Derry -
75730 Paris Cedex 15

– Renseignement et Réclamation en cas de sinistre :

Pour tout renseignement sur la gestion d'un sinistre ou pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à

MFPrévoyance
TSA 90 555
94116 Arcueil Cedex

Après réception d'une réclamation, MFPrévoyance ou, le cas échéant, la Mutuelle souscriptrice, adresse à l'Adhérent ou à ses ayants droit un accusé de réception de la demande dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse est adressée à l'Assuré ou ses ayants droit dans les 2 mois qui suivent sauf circonstances exceptionnelles qui leur seraient alors exposées.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré, ses ayants-droit ou les Bénéficiaires pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441
Paris Cedex 09

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

ANNEXE 1 : BAREME DES COTISATIONS

Pour les Adhérents au contrat, les montants mensuels de cotisations au titre du contrat MI-06 sont fixés comme suit à compter du 1^{er} janvier 2023 :

| Age à l'adhésion | Garantie Dépendance Totale | | Garantie Dépendance Partielle | |
|------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | Groupe 1 ¹ | Groupe 2 ² | Groupe 1 ¹ | Groupe 2 ² |
| | pour 50 points mensuels* | pour 106 € de rente mensuelle* | pour 50 points mensuels* | pour 106 € de rente mensuelle* |
| - de 36 ans | 0,90 € | 1,05 € | 0,22 € | 0,26 € |
| 36 à 40 ans | 0,90 € | 1,05 € | 0,22 € | 0,26 € |
| 41 à 45 ans | 1,16 € | 1,38 € | 0,28 € | 0,34 € |
| 46 à 50 ans | 1,57 € | 1,86 € | 0,38 € | 0,47 € |
| 51 à 55 ans | 2,13 € | 2,54 € | 0,52 € | 0,62 € |
| 56 à 60 ans | 3,10 € | 3,67 € | 0,79 € | 0,93 € |
| 61 à 65 ans | 4,37 € | 5,16 € | 1,10 € | 1,31 € |
| 66 à 69 ans | 5,63 € | 6,64 € | 1,40 € | 1,65 € |

* Cotisations mensuelles

¹ La valeur du point au 1^{er} janvier 2023 est de 1,80 €.

Pour l'Assuré non couvert au préalable par une garantie dépendance de l'Assureur :

- Rente mensuelle minimum : 150 points, soit 270 €
- Rente mensuelle maximum : 800 points, soit 1 440 €

Pour l'Assuré déjà couvert par une garantie dépendance de l'Assureur à la date de la demande d'adhésion au contrat PLURIO DEPENDANCE :

- Rente mensuelle minimum : 50 points, soit 90 €
- Rente mensuelle maximum : 500 points, soit 900 €.

² Pour l'Assuré :

- Rente mensuelle minimum : 212 €
- Rente mensuelle maximum : 2 120 €.

à remplir en lettres capitales

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom)

Nom de naissance

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

Né (e) le **à**.....

Demeurant (adresse complète)

.....

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser)

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

N° du contrat :

Entreprise :

N° Dossier :

Je reconnais avoir été informé (e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 441-7 1 du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1 2 et 313-3 3 du Code pénal.

Informatique et Libertés

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données « RGPD » et à la loi « Informatiques et Libertés » modifiée le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE). La Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) collecte et traite vos données personnelles en qualité de responsable du traitement.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance; l'exercice des recours et la gestion des réclamations; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale; les statistiques commerciales; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire .Elles pourront être transférées à votre Assureur, MFPrévoyance qui est responsable des traitements de gestion des sinistres, des contentieux et qui peut utiliser vos données personnelles pour la réalisation de statistiques à des fins de tarification.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) et de

¹ Article 441-7 du Code pénal: « Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

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

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

MFPrévoyance, leurs prestataires, leurs sous-traitants ou leurs réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - MFPrévoyance- Délégué à la Protection des Données, 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr) en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité en cours de validité et auprès de la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) concernant les traitements pour lesquels elle est responsable en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité en cours de validité à la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) par voie postale : (Délégué à la protection des données - la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) - 1 rue de l'Abbé Roger Derry - 75730 Paris Cedex 15), ou par courriel : (cil@maee.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy - 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, téléphone : 01 53 73 22 22.

Fait à, le

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)