

# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

## PLURIO DEPENDANCE

### MI-06

*Document contractuel*

*A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2018*



# **DISPOSITIONS COMMUNES**

## 1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice, dont les mentions légales sont portées en annexe de la présente notice d'information, auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») – 62 rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13– RCS 507 648 053 Paris.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion et du montant de garantie, choisi en application du barème des cotisations porté en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 6 « Cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 3.4 « Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné aux articles 2.1 « Objet » et 4 « Garantie dépendance » de la présente notice d'information, de garantir aux Assurés lors de la survenance du risque Dépendance totale ou partielle, tels que définis au sein de la présente notice d'information, le versement d'une rente.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5 « Risques exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06, relatif à la présente notice d'information, s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 « Conditions d'adhésion » et 3.2 « Demande d'adhésion » de la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 6.10 de la présente notice d'information.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 3.3 « Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice, l'Adhérent et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 12 « Renseignements – Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

## 2. Objet du contrat et Définitions

### 2.1 Objet

Le contrat Plurio Dépendance MI-06 relatif à la présente notice d'information est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la Mutuelle souscriptrice auprès de l'Assureur.

Il relève des branches (1) Accident et (2) Maladie définies à l'article R.321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français. La langue utilisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information est la langue française.

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

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

Le contrat a pour objet le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance telle que définie aux articles 4.5 « La dépendance totale » et 4.6 « La dépendance partielle (garantie optionnelle « GIR 4 ») » de la présente notice d'information.

### 2.2 Définitions

**L'Accident** est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Adhérent, directement et exclusivement responsable d'une atteinte corporelle. Sont réputés répondre à cette définition, les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration. **Les événements liés à des actes médicaux ou chirurgicaux ne sont pas considérés comme accidentels, s'ils ne découlent pas directement et exclusivement de l'Accident.**

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

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

**L'Assureur** est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFPrévoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des Assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat Plurio Dépendance MI-06, objet de la présente notice d'information

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

**Le Certificat d'inscription** est le document envoyé à l'Adhérent. Il reprend notamment la liste des personnes assurées ainsi que les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

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

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

**Le Membre participant direct ou associé** est le Membre participant direct ou associé de la Mutuelle souscriptrice tels que définis par ses statuts.

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

**Le Partenaire** est la personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en cours de validité. Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexes différents ou de même sexe pour organiser leur vie commune conformément à l'article 515-1 du Code civil.

**La Personne assimilée** à un Conjoint est la personne déclarée comme telle lors de l'inscription au contrat, objet de la présente notice d'information. Dans le cadre du contrat relatif à la présente notice d'information, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

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

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

### 3. Adhésion au contrat

#### 3.1 Conditions d'adhésion

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

- les Membres participants de la Mutuelle souscriptrice, âgés de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion ;
- les Conjoints ou Personnes assimilées des Membres participants de la Mutuelle souscriptrice, âgés de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion. L'âge pris en compte est celui du Conjoint ou Personne assimilée.

L'adhésion est soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le candidat à l'assurance au questionnaire de santé et de toutes autres pièces demandées par le Médecin conseil de l'Assureur.

Au terme de l'examen du dossier médical du candidat à l'assurance, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve son entrée dans l'assurance,
- accepter son entrée dans l'assurance avec des exclusions médicales,
- ajourner sa décision,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

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

#### 3.2 Demande d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion selon un modèle approuvé par l'Assureur, rempli, daté et signé, transmis à la Mutuelle souscriptrice accompagné du questionnaire de santé. Par le bulletin d'adhésion, l'Adhérent précise son identité, les éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance et reconnaît avoir pris

connaissance de la présente notice d'information. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

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

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

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

#### 3.3 Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance

##### a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

###### \* Si le contrat est vendu 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 lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L.112-9 alinéa 1<sup>er</sup> du Code des assurances, *"toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."*

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

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

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

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque 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.

**b) 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 rédigée selon le modèle suivant :

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je soussigné(e) ..... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat *Plurio Dépendance (MI-06)* 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] ».

**c) 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. 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**, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception.

- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage**, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'Adhérent reste 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.

**3.4 Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat**

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation par le Médecin conseil de l'Assureur. En cas de défaut du paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

**Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du premier (1<sup>er</sup>) janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 3.7 « Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent » de la présente notice d'information et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent d'un Certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat relatif à la présente notice d'information.**

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 sont couverts au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.**

### **3.5 Fausse déclaration**

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

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

### **3.6 Notice d'information**

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

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

### **3.7 Résiliation unilatérale de son adhésion par l'Adhérent**

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

# **CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES**



## 4. Garantie Dépendance

### 4.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Adhérent en situation de dépendance totale, telle que définie à l'article 4.5 « La dépendance totale » ci-après. L'Assureur garantit le versement de 50% de la rente décrite ci-dessus à l'Adhérent reconnu en état de dépendance partielle et qui a souscrit l'option définie à l'article 4.6 « La dépendance partielle (garantie optionnelle « GIR 4 ») » ci-après.

La rente est versée tant que l'Assuré en état de dépendance répond aux définitions des articles 4.5 et 4.6 précités de la présente notice d'information et au plus tard jusqu'au décès de l'Assuré.

### 4.2 Montant

Deux groupes de garanties existent au contrat relatif à la présente notice d'information :

#### • Groupe 1 : Fermé à l'adhésion

Ce groupe concerne uniquement les Adhérents présents au contrat **avant le 31 décembre 2009**.

L'Adhérent choisit le montant de sa garantie. Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle exprimée en points. Le montant de la garantie est fixé à 50 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix de l'Adhérent, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 500 points ou 800 points selon l'existence d'une couverture dépendance au moment de l'adhésion, conformément aux prescriptions ci-dessous. La valeur du point au 1<sup>er</sup> janvier 2018 est de 1,76 €.

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

Pour l'Assuré non couvert au préalable par une garantie dépendance de l'Assureur, le montant de la garantie est fixé à 150 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 800 points.

Pour l'Assuré déjà couvert par une garantie dépendance de l'Assureur à la date la demande d'adhésion au contrat PLURIO DEPENDANCE, objet de la présente notice d'information, le montant de la garantie est fixée à 50 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 500 points.

#### • Groupe 2 : Ouvert à tous les Adhérents

L'Adhérent choisit le montant de sa garantie. Les prestations sont versées sous forme de rente

mensuelle exprimée en euros. L'Adhérent choisit un nombre entier de tranches, compris entre 2 et 20. Ce nombre peut être augmenté ou diminué, au choix de l'Adhérent conformément à l'article 4.4 « Modification du montant de la garantie » de la présente notice d'information.

La valeur d'une tranche au 1<sup>er</sup> janvier 2018 est de 103 euros. Le montant de la rente est égal au nombre entier de tranches choisi par l'Adhérent multiplié par la valeur d'une tranche.

La valeur de la tranche est revalorisée chaque année au 1<sup>er</sup> janvier, en fonction de l'évolution du point de la Fonction Publique, entre le 1<sup>er</sup> 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

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

L'Adhérent peut demander en cours de contrat relatif à la présente notice d'information une modification du montant de sa garantie, celle de son Conjoint ou Personne assimilée, dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2 « Montant » de la présente notice d'information.

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

Lorsque l'Adhérent demande une diminution de montant de la garantie, la nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande. Dans ce cas, la demande est acceptée d'office.

Lorsque l'Adhérent demande une augmentation de montant de la garantie, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information. La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur.

Lorsque l'Adhérent a souscrit au groupe 1 et souhaite ultérieurement souscrire au groupe 2 en complément du groupe 1, le cumul des montants garantis ne pourra pas dépasser le montant maximum de garantie autorisé pour le groupe 2, à savoir 20 tranches de 103 euros.

Les modifications sont constatées par avenant.

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

## 4.5 La dépendance totale

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

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

- est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 3 en application de la grille AGGIR décrite aux Annexes I et II du décret n° 97-427 du 28 avril 1997,
- et est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois (3) des quatre (4) actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver) :
  - 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 est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

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

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

### 4.6.1 Objet

L'option GIR 4 garantit le versement d'une rente au profit de l'Assuré en situation de dépendance partielle telle que définie ci-dessous.

La rente versée est égale à 50% du montant de garantie choisi par l'Adhérent, dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 4.2 « Montant » de la présente notice d'information.

### 4.6.2 Conditions

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

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

### 4.6.3 Formalités

La demande d'adhésion à l'option GIR 4 se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion.

Lorsque l'Adhérent demande l'annulation de l'option, sa demande doit être notifiée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice. Dans le cas où la demande d'adhésion ou d'annulation à l'option concerne le Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, l'Adhérent preneur d'assurance et le Conjoint ou Personne assimilée, signent conjointement la demande.

### 4.6.4 Prise d'effet

L'option GIR 4 et la cotisation correspondante prennent effet le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande.

### 4.6.5 Reconnaissance de la dépendance partielle

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

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

- 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 est reconnu comme répondant aux deux critères précédents par le médecin conseil de l'Assureur.

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

#### 4.7 Délai de franchise

La Rente Dépendance est versée à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période continue qui court à compter du lendemain de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance.

Ce délai est de :

- 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle,
- 180 jours dans les autres cas.

### 5. Risques exclus

**SONT EXCLUS DE LA GARANTIE ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT LES DÉPENDANCES RÉSULTANT :**

- 1. DE FAITS DE GUERRE ÉTRANGÈRE LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGÉRANTE, SOUS RÉSERVE DES CONDITIONS QUI SERAIENT DÉTERMINÉES PAR LA LÉGISLATION À INTERVENIR CONCERNANT LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE ;**
- 2. DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DES EFFETS DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME ;**
- 3. DE LA PARTICIPATION À DES PARIS, DES DÉFIS, DES COURSES, DES TENTATIVES DE RECORDS, DES COMPÉTITIONS ;**
- 4. DE L'USAGE D'APPAREILS OU D'ÉQUIPEMENTS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT OFFICIEL (DE NAVIGABILITÉ OU D'UTILISATION), D'ESSAIS PRÉPARATOIRES OU DE RÉCEPTION D'UN ENGIN ;**
- 5. DU RISQUE DE NAVIGATION AÉRIENNE LORSQUE L'ASSURÉ SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL CONDUIT PAR UN PILOTE NE POSSÉDANT PAS DE BREVET VALABLE POUR L'APPAREIL UTILISÉ OU AYANT UNE LICENCE PÉRIMÉE, CE PILOTE POUVANT ÊTRE L'ASSURÉ ;**
- 6. DE TOUTE ATTEINTE, VOLONTAIRE ET CONSCIENTE, PAR L'ASSURÉ À SON INTÉGRITÉ PHYSIQUE ;**
- 7. D'UN ACTE EFFECTUÉ SOUS L'EMPRISE DE L'IVRESSE SI LE TAUX D'ALCOOLÉMIE EST SUPÉRIEUR À LA LIMITE FIXÉE PAR LE CODE DE LA ROUTE, DE L'UTILISATION DE DROGUES, DE STUPÉFIANTS, DE TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS MÉDICALEMENT ;**

- 8. DE LUTTES, DUELS, RIXES (SAUF EN CAS DE LÉGITIME DÉFENSE), D'ATTENTATS OU D'AGRESSIONS AUXQUELS PARTICIPE L'ASSURÉ ;**
- 9. DE LA PRATIQUE DE SPORTS AÉRIENS, AUTOMOBILES ET MOTOCYCLISTES À TITRE PROFESSIONNEL OU AMATEUR ET DE TOUS LES AUTRES SPORTS À TITRE PROFESSIONNEL (IL EST PRÉCISÉ QUE LA DÉPENDANCE RÉSULTANT DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLES DE CONDUITE DE VÉHICULES TERRESTRES OU NAUTIQUES AINSI QUE DU PILOTAGE D'AÉRONEFS, N'EST PAS EXCLUE DE LA GARANTIE) ;**
- 10. DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, D'ATTENTATS, D'ACTES DE TERRORISME, D'ÉMEUTES, D'INSURRECTIONS, QUEL QUE SOIT LE LIEU OÙ SE DÉROULENT CES ÉVÉNEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES DÈS LORS QUE L'ASSURÉ Y PREND UNE PART ACTIVE, DANS UN CADRE EXTRA-PROFESSIONNEL.**

### 6. Cotisations

**6.1** La cotisation due au titre de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information de l'Adhérent et/ou de son Conjoint ou Personne assimilée est appelée par la Mutuelle souscriptrice à l'Adhérent. Elle peut être précomptée automatiquement sur le traitement ou la pension de l'Adhérent dans les conditions déterminées par la Mutuelle souscriptrice.

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

**6.3** La garantie optionnelle « GIR 4 » fait l'objet d'une cotisation spécifique, calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion à l'option et du montant de garantie, choisi en application du barème des cotisations figurant en annexe de la présente notice d'information.

**6.4** Au même titre que les prestations définies à l'article 4.2 « Montant » de la présente notice d'information l'Assuré voit sa cotisation revalorisée chaque 1<sup>er</sup> janvier sur la base de l'évolution de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente et arrondie au centime d'euro le plus proche.

**6.5** La cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie, en fonction des résultats du contrat.

**6.6** En cas de diminution ou d'augmentation du

montant de la garantie, la cotisation supplémentaire est calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande de la modification de montant et de la nouvelle tranche de garantie choisie. Les modifications sont constatées par avenant.

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

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

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

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

## 7. Mise en œuvre de la garantie

### 7.1 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 :

- un certificat médical établi par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser sous pli fermé et confidentiel au médecin conseil de l'Assureur ;
- en outre, en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement hospitalier pour personnes âgées, l'imprimé d'attestation d'hébergement prévu par l'Assureur rempli par l'établissement. Cette attestation précise la date d'entrée, le type d'établissement, le type de service, la nature de la prise en charge accordée par la Sécurité sociale ;
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Général du département de résidence de l'Assuré relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée

d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 ;

- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion ;
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si le compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait du jugement de tutelle ou de curatelle, ou la désignation d'un administrateur légal, d'un gérant de tutelle) ;
- Toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

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

### 7.2 Contrôle médical et conciliation

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

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

**L'ASSURE QUI REFUSERAIT DE SE SOUMETTRE AU CONTROLE MEDICAL OU AUX EXAMENS MEDICAUX COMPLEMENTAIRES DEMANDES PERDRAIT TOUT DROIT A LA PRESTATION CONSIDEREE.**

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

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

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

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son

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

### 7.3 Modalités de versement de la prestation

Les prestations sont versées à terme échu sous forme de rente mensuelle.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *prorata temporis*.

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

Lorsqu'une aggravation ou une diminution de l'état de la dépendance du Bénéficiaire entraîne la révision du montant de la rente, les versements sont calculés *prorata temporis*. Dans ce cas, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise.

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

**La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, d'un certificat de vie du Bénéficiaire.**

Le règlement intervient dans les trente (30) jours qui suivent la réception du dossier complet par l'Assureur.

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

### 7.4 Modification de la situation du bénéficiaire

L'Assuré bénéficiant de la rente du contrat Plurio Dépendance MI-06, objet de la présente notice d'information, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative, tout changement concernant l'évolution de son état de santé et le changement du lieu de vie.

### 7.5 Secret médical

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

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

## 8. Prescription

**TOUTES ACTIONS DERIVANT DU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION SONT PRESCRITES PAR DEUX (2) ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.114-1 DU CODE DES ASSURANCES.**

**TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :**

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

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

**LA PRESCRIPTION EST PORTEE A DIX (10) ANS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE LORSQUE LE BENEFICIAIRE EST UNE PERSONNE DISTINCTE DE L'ADHERENT ET, DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS ATTEIGNANT LES PERSONNES, LORSQUE LES BENEFICIAIRES SONT LES AYANTS DROIT DE L'ASSURE DECEDE.**

**POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE, NONOBTANT LES DISPOSITIONS DU 2°, LES ACTIONS DU BENEFICIAIRE SONT PRESCRITES AU PLUS TARD TRENTE (30) ANS A COMPTER DU DECES DE L'ASSURE.**

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

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

## 9. Radiation du contrat et maintien de la garantie

### 9.1 Radiation du contrat

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

- de demande de résiliation formulée par l'Adhérent par lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'inscription cesse le 31 décembre de l'année. Lorsque la résiliation concerne l'adhésion du Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, la lettre doit être signée conjointement par l'Adhérent preneur d'assurance et par son Conjoint ou Personne assimilée ;

- de décès de l'Assuré, au jour du décès ;
- de perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice du preneur d'assurance, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- de non-paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat relatif à la présente notice d'information conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances et décrite à l'article 6.9 de la présente notice d'information;
- de résiliation du contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06, objet de la présente notice d'information, au jour de la prise d'effet de la résiliation ;
- de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, à cette date. Elle doit être réalisée dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

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

Lorsque l'Adhérent preneur d'assurance demande la radiation du contrat relatif à la présente notice d'information de son Conjoint ou Personne assimilée, ce ou cette dernière peut souscrire un nouveau contrat aux mêmes conditions, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice en application des statuts de celle-ci.

## 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.

La demande de maintien au contrat relatif à la présente notice d'information doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice moins de douze (12) mois après le décès de l'Adhérent. Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date du décès de l'Adhérent, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture. La cotisation est appelée à l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités fixées par celle-ci.

## 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 les Mutuelles souscriptrices 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, objet de la présente notice d'information, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont les coordonnées sont les suivantes :

**ACPR**  
**61 rue Taitbout**  
**75436 PARIS Cedex 09**

## 11. CNIL

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

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

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

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

L'Adhérent peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition au siège administratif de l'Assureur, en joignant à la demande la copie d'une pièce d'identité recto/verso en cours de validité comportant sa signature :

**MFPrévoyance**  
**Correspondant Informatique et Libertés**  
**CS 91427**  
**62, rue Jeanne d'Arc, 75640 Paris Cedex 13**

## 12. Renseignements-Réclamations et Médiation

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



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