



MUTUELLE DU MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE

2017



NOTICE D'INFORMATION  
DU CONTRAT  
**PRÉMUO N°M001**

Souscrit par la MMJ  
(Mutuelle du Ministère de la Justice)

Document contractuel  
A effet du 1er janvier 2017

# **DISPOSITIONS COMMUNES**

# 1. Objet du contrat et définitions

## 1.1 Objet

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

Il est souscrit par la Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ), immatriculée sous le numéro 775 657 521 dont le siège est 53, rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 01, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance, ci-après dénommé « 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.

L'objet du contrat, objet de la présente notice d'information, est de garantir aux Adhérents lors de la survenance des risques prévus aux Caractéristiques Spécifiques des garanties, le versement des prestations convenues selon les modalités définies ci-après et aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties.

Le contrat, objet de la présente notice d'information, est un contrat statutaire de la Mutuelle souscriptrice et fait l'objet d'un couplage obligatoire pour l'Adhérent avec une garantie de frais de santé assurée par la Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ) et référencée par le Ministère de la Justice.

L'ensemble de ces deux garanties représente l'offre référencée par le Ministère de la Justice.

## 1.2 Définitions

**L'Accident** est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Adhérent et entraînant 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'Accident, ne sont pas considérés comme accidentels.**

**L'Adhérent** est le Membre participant direct de la

Mutuelle souscriptrice répondant aux conditions d'adhésion définies à l'article 2.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information, inscrit au contrat relatif à la présente notice d'information et acquittant sa cotisation.

**L'Assuré** est celui sur la tête duquel repose le risque garanti.

**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 relatif à la présente notice d'information.

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

**Le Conjoint** est la personne mariée à l'Adhérent.

**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 caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

**L'Enfant à charge** est l'Enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, dont l'Adhérent au contrat pourvoit aux besoins et assure l'entretien, de manière effective et permanente, et qui est :

- âgé de moins de 21 ans et non salarié,
- ou âgé de moins de 26 ans s'il poursuit des études.

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

**L'Enfant handicapé** est l'Enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, de l'Adhérent, et qui est titulaire de la carte invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, ou en ayant fait la demande.

**La Mutuelle souscriptrice** est la personne morale qui signe le contrat relatif à la présente notice d'information au bénéfice de ses Membres participants. Il s'agit de la Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ), immatriculée sous le numéro 775 657 521 dont le siège est 53, rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 01.

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

**Le Partenaire de PACS** est la personne avec laquelle l'Adhérent a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux

personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

**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 du traitement afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 589,69 euros à compter du 1er juillet 2016, puis à 5 623,23 euros à compter du 1er février 2017.

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

## 2. Adhésion au contrat

### 2.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information, est obligatoire pour les Adhérents de la Mutuelle souscriptrice éligibles au bénéfice de l'offre MMJ référencée à savoir :

1. les magistrats, fonctionnaires, stagiaires de la fonction publique et agents de droit public du Ministère de la Justice,
2. le personnel de la Commission Nationale Informatiques et Libertés (CNIL),
3. le personnel du Haut Conseil au commissariat aux comptes (H3C),
4. le personnel de l'Ecole Nationale de la Magistrature (ENM), de l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP), de l'Agence Publique pour l'Immobilier de la Justice (APIJ), et de la mission de recherche « droit et justice »,
5. les membres et personnels du Conseil constitutionnel ;
6. les membres et personnels du Conseil d'Etat ainsi que les organismes rattachés, dépendant de la mission du Premier ministre,
7. les magistrats des cours et tribunaux administratifs,
8. les agents de la Grande Chancellerie de la Légion d'Honneur,
9. les agents de la Chancellerie de l'Ordre et de la Libération.

L'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information, est également ouverte à tout autre Membre participant de la Mutuelle souscriptrice présentée par celle-ci.

L'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information, est soumise aux formalités décrites à l'article 2.2 « Formalités d'adhésion » de la présente notice d'information.

### 2.2 Formalités d'adhésion

Le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice répondant à la définition de l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information doit remplir un bulletin d'adhésion au contrat selon un modèle approuvé par l'Assureur, par lequel il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

Ce bulletin d'adhésion est daté et signé par le candidat à l'adhésion au contrat.

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

#### 1) Pour les Adhérents relevant des catégories 1 à 8 définies à l'article 2.2 « Conditions d'adhésion » de la notice d'information :

Lorsque le candidat à la couverture au titre du contrat est présent depuis plus de cinq (5) ans dans la fonction publique et que la demande d'adhésion a lieu postérieurement aux douze (12) premiers mois suivant la date de prise d'effet du contrat et que le candidat n'était pas couvert immédiatement auparavant par un contrat mis en place dans le cadre du référencement défini par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007, alors le candidat doit remplir un questionnaire de santé.

Ce questionnaire est à adresser par le candidat, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur. La durée de validité du questionnaire de santé est de trois (3) mois à compter de la date de la signature apposée par le candidat à l'assurance.

Après examen par ce dernier, l'Assureur pourra :

- Accepter la demande d'adhésion,
- Accepter avec application d'un tarif risque aggravé. Dans ce cas, outre les formalités, décrites plus haut, le candidat doit accepter explicitement, par écrit, le tarif risque aggravé défini à l'annexe de la présente notice d'information.

#### 2) Pour les Adhérents ne relevant pas des catégories 1 à 8 définies à l'article 2.2 « Conditions d'adhésion » de la notice d'information :

L'adhésion au contrat s'effectue sans formalité médicale pour les candidats répondant aux deux (2) conditions suivantes :

- être âgé de moins de quarante-cinq (45) ans
- et
- répondre aux critères pour être Membre participant de la Mutuelle souscriptrice depuis moins de cinq (5) ans.

Dans le cas contraire, l'adhésion est soumise à une sélection médicale via le questionnaire de santé mentionné ci-dessus.

L'âge est apprécié à la date de la demande d'adhésion au contrat.

#### 3) Exception relative à la limite d'âge :

Les candidats à l'adhésion ne relevant pas des catégories 1 à 8 peuvent adhérer au contrat au-delà de la limite d'âge de quarante-cinq (45) ans s'ils bénéficiaient immédiatement avant d'une couverture

équivalente au titre d'un ou plusieurs contrats de l'Assureur.

### 2.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet :

- le jour de l'acquisition de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, si cette date correspond au premier (1<sup>er</sup>) jour d'un mois,
- le premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant, dans les autres cas.

#### Exceptions :

- Dans le cas où la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle souscriptrice est antérieure de plus de quinze (15) jours par rapport à la date de la demande, l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet au premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant cette demande.
- Dans le cas d'une adhésion soumise à formalité médicale, l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet au premier (1<sup>er</sup>) jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur et l'Adhérent.

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation.

Sauf disposition contraire précisée dans les Caractéristiques Spécifiques des Garanties, la prise d'effet de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information vaut pour toutes les garanties souscrites précisées en annexe de la présente notice d'information.

**Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent sont couverts au titre du contrat.**

Le renouvellement des garanties est annuel à la date du 1<sup>er</sup> janvier et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent au contrat, d'un certificat d'inscription précisant les conditions de sa garantie.

### 2.4 Choix d'option

#### ➤ Options proposées

Les Adhérents ont la possibilité de choisir entre les options Prémuo 1, 2, 3 ou 4 décrites aux Caractéristiques spécifiques des garanties et en annexe. Le niveau et la durée des garanties dépendent de l'option choisie, du niveau d'indice de traitement et sont précisés aux Caractéristiques spécifiques des Garanties et à l'annexe précitée.

#### ➤ Changement d'option à la hausse

Le choix entre les options Prémuo 1, 2, 3 ou 4 s'effectue lors de l'adhésion. Les niveaux de garanties sont classés par ordre croissant de l'option Prémuo 1 à l'option Prémuo 4.

Le choix de l'option peut être modifié à la hausse sans condition pour les Adhérents fonctionnaires ayant

moins de cinq (5) ans d'ancienneté dans la Fonction publique et pour les Adhérents non fonctionnaires, âgés de moins de quarante-cinq (45) ans, qui sont membres de la Mutuelle souscriptrice depuis moins de cinq (5) ans.

Dans les autres cas, le changement d'option à la hausse est soumis à un questionnaire de santé. Dans ce dernier cas, après examen du médecin-conseil de l'Assureur, ce dernier pourra :

- accepter la demande sans condition,
- accepter avec application d'un tarif « risque aggravé ». Dans ce cas, outre les formalités décrites plus haut, le candidat devra explicitement accepter, par écrit, le tarif risque aggravé défini en annexe de la présente notice d'information,
- accepter avec des restrictions de pathologie,
- refuser,
- ajourner.

Le changement d'option à la hausse prend effet :

- pour un changement d'option non soumis à formalités médicales, le premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice ;
- pour un changement d'option soumis à formalités médicales, le premier (1<sup>er</sup>) jour du mois qui suit la décision du médecin conseil de l'Assureur et, en cas d'application d'un tarif « risque aggravé », le premier (1<sup>er</sup>) jour du mois qui suit l'acceptation par l'Adhérent.

La modification est constatée par le bulletin d'adhésion.

#### ➤ Changement d'option à la baisse

Le choix de l'option peut être modifié à la baisse sous réserve que l'Adhérent ne se trouve pas, au moment de la demande :

- en situation de dépendance au sens de la garantie Dépendance visée aux Caractéristiques Spécifiques de la garantie Dépendance, qu'il y ait ou non service d'une prestation au titre de cette garantie ;
- en situation d'invalidité au sens de la garantie Invalidité visée aux Caractéristiques Spécifiques de la garantie Invalidité, qu'il y ait ou non service d'une prestation au titre de cette garantie.

Le changement d'option à la baisse prend effet au premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice.

La modification est constatée par le bulletin d'adhésion.

### 2.5 Radiation du contrat

L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- décès, au jour du décès,
- perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité quel qu'en soit le motif (démission, radiation ou exclusion),
- non-paiement de sa cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à

la procédure déterminée à l'article L 113-3 du Code des Assurances,

- défaut de couverture (l'Adhérent n'est plus couvert par aucune garantie du contrat), au jour de la prise d'effet de la fin de la couverture,
- au jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat conclu entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur.

## 2.6 Fausse déclaration

**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'Adhérent par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou de la Mutuelle souscriptrice tant lors de l'inscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé 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.**

## 2.7 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 relatif à 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.

# 3. Base de calcul des cotisations et des prestations garanties

## 3.1 Assiette des cotisations

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

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

Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge est apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de la nouvelle année d'assurance; les autres facteurs sont appréciés au 30 septembre précédant le renouvellement du contrat. Les cotisations sont exprimées en pourcentage d'un revenu.

Ce revenu est déterminé selon les modalités qui suivent et est arrondi à la centaine d'euros supérieure. Le pourcentage appliqué à ce revenu est révisable lors de chaque renouvellement de contrat.

### 3.1.1 Revenus : cas général

**Pour les actifs, y compris à temps partiel ou en cessation progressive d'activité ou en mi-temps thérapeutique :**

- le Traitement Indiciaire Brut (TIB) dans la limite du plafond P défini en annexe si l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information est fonctionnaire,
- le salaire brut soumis à cotisations sociales dans la limite du plafond P défini en annexe, si l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information n'est pas fonctionnaire.

#### ▪ **Prémio 1, 3 et 4 :**

**Pour les retraités avec jouissance effective des droits avec au moins un Enfant à charge** au sens de l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information :

- le TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe, si l'Adhérent au contrat est retraité au titre de la Fonction Publique,
- le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe, si l'Adhérent est retraité non fonctionnaire.

**Pour les retraités avec jouissance effective des droits sans Enfant à charge :**

- Le TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension, dans la limite du plafond P' et du plancher p' définis en annexe, si l'Adhérent au contrat est retraité au titre de la Fonction Publique,
- Le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P' et du plancher p' définis en annexe, si l'Adhérent au contrat n'est pas fonctionnaire à la retraite.

#### ▪ **Prémio 2**

**Pour les retraités de moins de 65 ans et les retraités de plus de 65 ans avec au moins un Enfant à charge :**

- le TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension, dans la limite du plafond P et du plancher p définis à l'annexe, si l'Adhérent au contrat est retraité au titre de la Fonction Publique,
- le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P et du plancher p en annexe, si l'Adhérent est retraité non fonctionnaire.

**Pour les retraités de plus de 65 ans sans Enfant à charge :**

- 75% du TIB correspondant à l'indice servant au

calcul de la pension, dans la limite de 75 % du plafond P' et du plancher p' définis à l'annexe, si l'Adhérent au contrat est retraité au titre de la Fonction Publique,

- 75% du dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite de 75 % du plafond P' et du plancher p' définis en annexe, si l'Adhérent au contrat n'est pas fonctionnaire à la retraite.

### 3.1.2 Revenus : cas particuliers

#### ▪ Quelle que soit l'option choisie :

**Pour les Adhérents au contrat** relatif à la présente notice d'information, **Bénéficiaires d'un congé parental d'éducation, placés en situation de chômage, en situation de retraite avec jouissance différée, en situation de congé de fin d'activité ou en situation de disponibilité :**

- le TIB correspondant au dernier indice d'activité avant la prise d'effet de la situation visée, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe, si l'Adhérent est fonctionnaire,
- à défaut, le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe.

**Pour les Adhérents au contrat** relatif à la présente notice d'information, **fonctionnaires en situation de détachement :**

- le TIB correspondant au dernier indice connu de l'Assureur lors du calcul des cotisations de renouvellement, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe. En tout état de cause, le TIB plafonné servira de base aux prestations assises sur l'assiette de cotisation.

#### ▪ Prémuo 1, 3 et 4 :

**Pour les Adhérents au contrat** relatif à la présente notice d'information, **retraités de la Fonction Publique, avec jouissance effective des droits et exerçant une activité rémunérée, ou ayant moins de 15 ans dans l'administration (repris par le régime général) :**

- application des règles visées à l'article 3.1.1 relatives aux retraités au titre de la Fonction Publique.

**Pour les veufs et veuves d'Adhérent ayant au moins un Enfant à charge, ayant acquis la qualité de Membre participant en raison du décès de leur Conjoint :**

- le TIB correspondant à l'indice de liquidation de la pension de réversion issue du Conjoint décédé, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe, si le Conjoint Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information était fonctionnaire,
- le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales du Conjoint décédé, dans la limite du plafond P et du plancher p en annexe, dans les autres cas.

**Pour les veufs et veuves d'Adhérent sans Enfant à charge, ayant acquis la qualité de Membre**

**participant en raison du décès de leur Conjoint :**

- 100% du TIB correspondant à l'indice de liquidation de la pension de réversion issue du Conjoint décédé, dans la limite du plafond P' et du plancher p' définis en annexe, si le Conjoint Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information était fonctionnaire.
- 100% du dernier salaire brut soumis à cotisations sociales du Conjoint décédé, dans la limite du plafond P' et du plancher p' définis en annexe.

#### ▪ Prémuo 2 :

**Pour les Adhérents au contrat** relatif à la présente notice d'information, **retraités de la Fonction Publique, exerçant une activité rémunérée ou ayant moins de 15 ans dans l'administration (repris par le régime général) :**

- application des règles visées à l'article 3.1.1 relatives aux retraités au titre de la Fonction Publique.

**Pour les veufs et veuves d'Adhérent, âgés de moins de 65 ans ou ayant au moins un Enfant à charge, ayant acquis la qualité de Membre participant en raison du décès de leur Conjoint :**

- le TIB correspondant à l'indice de liquidation de la pension de réversion issue du Conjoint décédé, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe, si le Conjoint Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information était fonctionnaire,
- à défaut, le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales du Conjoint décédé, dans la limite du plafond P et du plancher p définis en annexe, dans les autres cas.

**Pour les veufs et veuves d'Adhérent, âgés de plus de 65 ans sans Enfant à charge, ayant acquis la qualité de Membre participant en raison du décès de leur Conjoint :**

- 75% du TIB correspondant à l'indice de liquidation de la pension de réversion issue du Conjoint décédé, dans la limite de 75 % du plafond P' et du plancher p' définis en annexe, si le Conjoint adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information était fonctionnaire.
- 75% du dernier salaire brut soumis à cotisations sociales du Conjoint décédé, dans la limite de 75 % du plafond P' et du plancher p' définis en annexe, dans les autres cas.

## 3.2 Assiette des prestations

L'assiette de prestations est définie pour les actifs par l'assiette de cotisations conformément à l'article 3.1 « Assiette des cotisations » de la présente notice d'information sans application du plafond P.

L'assiette de prestations des retraités correspond à l'assiette de cotisations définie à l'article 3.1 « Assiette des cotisations » de la présente notice d'information.

## 3.3 Minoration du taux de cotisation

Il est prévu pour les Adhérents âgés de moins de

trente-cinq (35) ans un taux de cotisation minoré.

Les taux sont définis en annexe de la présente notice d'information.

### **3.4 Revalorisation des garanties forfaitaires**

Les montants des garanties forfaitaires sont revalorisés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information, 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%.

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

S'agissant du capital décès prévu à l'article 10.1 « Objet de la garantie » de la présente notice d'information :

Dès la date de connaissance du décès par l'Assureur, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 10.5 « Formalités de règlement des prestations » de la présente notice d'information, le capital garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

### **3.5 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service**

Les prestations périodiques, dénommées rentes aux Caractéristiques Spécifiques des garanties et en annexe, sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2 « Définitions » de la présente notice d'information, 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%.

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

## **4. Cotisations**

### **4.1 Paiement des cotisations**

La couverture est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée en annexe.

La cotisation est calculée par l'application du ou des taux définis en annexe de la présente notice d'information appliqués à la base de calcul des cotisations telle que définie à l'article 3 « Base de calcul des cotisations et des prestations garanties » de la présente notice d'information.

La cotisation annuelle due par la Mutuelle souscriptrice est à régler en quatre (4) versements trimestriels au plus tard un (1) mois et cinq (5) jours suivant la fin de chaque trimestre civil. Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué sur la base du groupe couvert lors du trimestre écoulé.

Pour les entrées et sorties intervenues dans le groupe couvert au cours du trimestre, on applique un *pro rata temporis* mensuel, tout mois entamé étant compté pour un mois entier au titre de la cotisation due.

### **4.2 Défaut de paiement des cotisations**

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information 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.

## **5. Conditions de règlement des prestations**

### **5.1 Versement des prestations**

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

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

### **5.2 Forclusion et Prescription**

**TOUTES ACTIONS DERIVANT DU PRESENT CONTRAT SONT PRESCRITES, DANS LES CONDITIONS PREVUES A L'ARTICLE L.114-1 DU CODE DES ASSURANCES, PAR 2 ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE. CE DELAI EST PORTE A 10 ANS LORSQUE LE BENEFICIAIRE EST UNE PERSONNE DISTINCTE DE L'ADHERENT.**

**CETTE PRESCRIPTION EST INTERROMPUE, DANS LES CONDITIONS PREVUE A L'ARTICLE L.114-2 DU CODE DES ASSURANCES, PAR UNE DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION ET PAR LA DESIGNATION D'EXPERT A LA SUITE D'UN SINISTRE, OU PAR L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC AVIS DE RECEPTION ADRESSEE PAR L'ASSUREUR A L'ADHERENT EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA COTISATION ET PAR LE BENEFICIAIRE A L'ASSUREUR EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE LA PRESTATION.**

**TOUTES ACTIONS DERIVANT DU PRESENT CONTRAT SONT PRESCRITES PAR DEUX 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 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 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 AVIS DE RECEPTION ADRESSEE PAR L'ASSUREUR A L'ASSURE EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA PRIME ET PAR L'ASSUREUR A L'ASSUREUR EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE L'INDEMNITE.**

**EN OUTRE, EN DEHORS DES GARANTIES COUVRANT LE RISQUE DE DECES DE L'ADHERENT, LES DEMANDES DE PRESTATIONS DOIVENT ETRE FORMULEES DU VIVANT DE L'ADHERENT PAR L'ADHERENT LUI-MEME OU SON REPRESENTANT LEGAL. A DEFAUT ET NE PERMETTANT PAS L'AVIS DU MEDECIN CONSEIL DE L'ASSUREUR, CES DEMANDES DE PRESTATIONS SERONT SYSTEMATIQUEMENT REFUSEES.**

### **5.3 Contrôle médical et Conciliation**

L'Assureur se réserve le droit, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation, d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information, de faire pratiquer des examens médicaux ou demander toute pièce médicale justificative complémentaire quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Les contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné.

**IL EST PRECISE QUE L'ADHERENT AU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION QUI NE REpond PAS AUX DEMANDES DE PIECES COMPLEMENTAIRES ET/OU QUI NE RENVOIE PAS LES FORMULAIRES DE GESTION DUMENT REMPLIS DANS LES DEUX MOIS SUIVANT LA DEMANDE, VERRA SA DEMANDE SUSPENDUE.**

**L'ADHERENT AU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION 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'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information 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'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

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

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information en faisant l'avance.

### **5.4 Secret médical**

L'Assuré peut transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de MFPrévoyance :

**MFPrévoyance**

**A l'attention du Médecin-Conseil**

**62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13**

### **6. Risques exclus**

**D'UNE FAÇON GENERALE, L'ASSUREUR NE PREND PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :**

- **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE;**
- **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT D'EXPLOSIONS, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION LORSQUE CEUX-CI PROVIENNENT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOME OU DE LA RADIOACTIVITE AINSI QUE DES EFFETS DE LA RADIATION PROVOQUES PAR L'ACCELERATION ARTIFICIELLE DE PARTICULES,**
- **DU RISQUE DE NAVIGATION AERIENNE, LORSQUE L'ADHERENT SE TROUVAIT A BORD D'UN APPAREIL NON MUNI D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITE OU CONDUIT PAR UN PILOTE NE POSSEDANT PAS DE BREVET VALABLE POUR L'APPAREIL UTILISE OU AYANT UNE LICENCE PERIMEE, CE PILOTE POUVANT ETRE L'ADHERENT,**
- **DE LA PRATIQUE DE SPORTS AERIENS, AUTOMOBILES ET MOTOCYCLISTES A TITRE PROFESSIONNEL OU AMATEUR ET DE TOUS**

**LES AUTRES SPORTS A TITRE PROFESSIONNEL,**

- **DE LA PARTICIPATION A DES PARIS, COURSES, TENTATIVES DE RECORDS, ESSAIS PREPARATOIRES OU DE RECEPTION D'UN ENGIN,**
- **DU FAIT INTENTIONNEL DE L'ADHERENT PROVOQUANT UNE INVALIDITE,**
- **DE LUTTES, RIXES (SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE), D'ATTENTATS OU D'AGRESSIONS AUXQUELS L'ADHERENT PREND PART,**
- **DE L'ETAT D'IVRESSE SI LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST SUPERIEUR A LA LIMITE FIXEE PAR LE CODE DE LA ROUTE ET DES LORS QUE L'ADHERENT EST JUGE RESPONSABLE DU SINISTRE EN RAISON DE SON ETAT D'IVRESSE,**
- **DE L'UTILISATION DE DROGUES, STUPEFIANTS, TRANQUILLISANTS NON CONFORME A UNE PRESCRIPTION MEDICALE,**
- **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT D'EMEUTES, D'ACTES DE TERRORISME ET DE SABOTAGE AUXQUELS PREND PART L'ADHERENT.**

**EN CE QUI CONCERNE LA GARANTIE « CAPITAL DECES » ET « RENTE SURVIE », OUTRE LES EXCLUSIONS GENERALES, L'ASSUREUR NE PREND PAS EN CHARGE LES DECES RESULTANT :**

- **DU SUICIDE DE L'ADHERENT SURVENANT DANS LES DOUZE (12) MOIS SUIVANT L'ADMISSION DANS L'ASSURANCE. LES COTISATIONS ACQUITTEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS,**
- **DE L'HOMICIDE VOLONTAIRE DE L'ADHERENT PAR LE BENEFICIAIRE AYANT FAIT L'OBJET D'UNE CONDAMNATION PENALE.**

**POUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 10.3 « CAPITAL SUPPLEMENTAIRE « EDUCATION » EN CAS DE DECES DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE DE PACS » DES CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DE LA GARANTIE « DECES », LE CONJOINT SURVIVANT SE VOIT EGALEMENT APPLIQUER LES EXCLUSIONS DE RISQUES PREVUES AU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION.**

**EN CE QUI CONCERNE LES GARANTIES « RENTE DE DEPENDANCE », « INVALIDITE », « INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE » ET « PERTE DE PRIMES » OUTRE LES EXCLUSIONS ENUMEREES CI-DESSUS, L'ASSUREUR NE PREND PAS EN CHARGE LES INVALIDITES ET LA DEPENDANCE CONSTATEES ANTERIEUREMENT A LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION OU A L'ADMISSION DANS L'ASSURANCE AINSI QUE LES INVALIDITES CONSECUTIVES A UNE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL CONSTATEE ANTERIEUREMENT A LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION OU A L'ADMISSION DANS L'ASSURANCE.**

## **7. 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 la Mutuelle souscriptrice

à l'égard de ses Membres participants et de leurs Bénéficiaires.

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

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

## **8. Renseignements – Réclamations – Médiation**

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

## **9. Informatique et Libertés**

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

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

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

L'Adhérent, et le cas échéant l'Assuré, peut s'opposer, sans frais, à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par la Mutuelle souscriptrice et/ou ses partenaires commerciaux.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et du 07 octobre 2016, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés l'Assuré peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition au siège social 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**

62, rue Jeanne d'Arc, 75640 Paris Cedex 13

# **CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES**

## 10. Garantie Décès

### 10.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit aux Adhérents au contrat le versement d'un capital, si leur décès survient :

- avant la date de l'entrée en jouissance de leurs droits à la retraite

ou

- **pour Prémuo 1, 3 et 4** : au-delà de l'entrée en jouissance de leurs droits à la retraite si l'un de leurs Enfants né ou à naître à cette date est encore à leur charge à la date du décès.

ET

- avant leur 65<sup>ème</sup> anniversaire

ou

- **pour Prémuo 2** : au-delà s'ils ont encore à la date du décès au moins un Enfant à charge né ou à naître avant leur 65<sup>ème</sup> anniversaire, ou encore si leur décès survient avant la date d'entrée en jouissance de leurs droits à la retraite.

Le montant du capital « décès » est précisé en annexe de la présente notice d'information.

### 10.2 Capital éducation

Outre le capital Décès mentionné à l'article 10.1 « Objet de la garantie » ci-dessus, un capital Education est versé à chaque Enfant à charge au sens du contrat, à la date du décès de l'Adhérent.

Le montant du capital Education est précisé en annexe de la présente notice d'information.

Le nombre d'Enfants à charge est apprécié à la date du décès de l'Adhérent au contrat.

### 10.3 Capital supplémentaire « éducation » en cas de décès du Conjoint, du Concubin ou du Partenaire de PACS

En cas de décès du Conjoint, du Concubin ou du Partenaire de PACS de l'Adhérent, survenu simultanément ou dans les douze (12) mois qui suivent le décès de l'Adhérent au contrat, les Enfants à charge ayant eu droit au capital Education visé à l'article précédent bénéficient d'un capital supplémentaire dont le montant est indiqué en annexe de la présente notice d'information.

### 10.4 Bénéficiaires

#### 10.4.1 Bénéficiaires du capital Décès

Pour le capital Décès les Bénéficiaires sont ceux désignés par l'Adhérent.

A l'inscription, l'Adhérent a le choix entre deux (2)

formules :

#### ➤ La formule générale suivante :

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

« A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non séparé ou à défaut à mon Concubin,  
- A défaut à mes Enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,  
- A défaut à mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,  
- A défaut à mes autres héritiers par parts égales entre eux ».

#### ➤ Toute formule particulière différente :

À utiliser notamment lorsque l'Adhérent souhaite désigner nommément une personne comme Bénéficiaire (indiquer les nom, prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

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

La désignation des bénéficiaires peut être effectuée notamment par acte sous signature privée ou par acte authentique. Elle reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Sous réserve des droits propres du Bénéficiaire acceptant, l'Adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les Bénéficiaire(s) désigné(s).

#### 10.4.2 Bénéficiaires du capital Education

Seuls sont concernés, les Enfants nés ou à naître tels que définis à l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information :

- **Pour Prémuo 1, 3 ou 4** :
  - avant la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'Adhérent.
- **Pour Prémuo 2 ou au-delà** :
  - avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent,ou
  - au-delà du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent si celui-ci est toujours en activité.

### 10.4.3 Bénéficiaires du capital supplémentaire Education en cas de décès du Conjoint, du Concubin ou du Partenaire de PACS

Les Bénéficiaires sont les Enfants à charge de l'Adhérent ayant bénéficié du capital Education tels que mentionnés à l'article 10.4.2 « Bénéficiaires du capital Education » ci-dessus.

### 10.5 Formalités de règlement des prestations

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

- un acte de décès de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- toute pièce justifiant la qualité d'Enfant à charge, notamment un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte d'étudiant certifiée conforme par l'intéressé, l'avis d'imposition sur le revenu,
- toutes justifications utiles de l'identité, de la qualité et de l'adresse des Bénéficiaires,
- le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat,
- pour Prémuo 1, 3 et 4, le dernier bulletin de salaire démontrant que l'Assuré était toujours en situation d'activité au moment du décès et n'avait pas fait valoir ses droits à la retraite.

En outre, pour bénéficier du capital supplémentaire Education, les pièces supplémentaires suivantes sont nécessaires :

- un acte de décès du Concubin de l'Adhérent prédécédé,
- ou un acte de décès du Conjoint ou du Partenaire de PACS de l'Adhérent prédécédé, accompagné de toute pièce justifiant le mariage ou le PACS à la date du décès,
- un certificat médical indiquant si le décès du Conjoint, du Concubin ou du Partenaire de PACS est dû ou non à une cause naturelle.

## 11. Garantie Rente Survie

### 11.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente viagère au profit de l'Enfant handicapé de l'Adhérent défini à l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information en cas de :

- décès de l'Adhérent,
- ou d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) de l'Adhérent, définie à l'Article 16.2 ci-dessous, survenue avant la date l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite, pour Prémuo 1, 3 et 4.

- ou d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) de l'Adhérent, définie à l'Article 16.2 ci-dessous, survenue avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire ou au-delà si toujours en activité, pour Prémuo 2.

L'Enfant handicapé est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'Article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles, ou en a fait la demande. Dans ce dernier cas, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du Bénéficiaire.

Le montant de cette rente est précisé en annexe de la présente notice d'information.

**La prestation de rente survie, versée au titre de l'IPA, exclut le versement ultérieur d'une deuxième rente survie au titre du décès.**

Est considéré comme atteint d'Invalidité Permanente et Absolue, l'Adhérent qui répond aux conditions de l'article 16.2 « Définitions de la garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA) » de la présente notice d'information.

### 11.2 Modalités de règlement des prestations

#### 11.2.1 Formalités

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

- un certificat de vie de l'Enfant handicapé,
- une photocopie de la carte d'invalidité du Bénéficiaire prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles certifiée conforme par l'intéressé ou son représentant légal,
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information,
- le bulletin de salaire pour Prémuo 1, 2, 3 et 4 démontrant que l'Assuré était en activité lors de la survenance du risque.

En outre, en cas de décès de l'Adhérent :

- un acte de décès de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

En outre, en cas d'Invalidité Permanente et Absolue de l'Adhérent :

- l'imprimé IPA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information attestant que celui-ci est définitivement

incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des quatre (4) actes ordinaires de la vie tels que définis à l'article 12.2 (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver). Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,

- une photocopie certifiée conforme de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne par l'Adhérent ou son représentant légal,
- si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale.

**EN CAS D'IPA DE L'ADHERENT, SOUS PEINE DE DECHEANCE, LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A LAQUELLE L'ADHERENT AU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION CESSE D'ETRE COUVERT PAR CETTE GARANTIE.**

### **Article 11.2.2 Modalités de versement des prestations**

Le droit à rente est acquis dès le lendemain du décès de l'Adhérent ou de la date reconnue par l'Assureur comme début de son IPA et ce, jusqu'au décès du Bénéficiaire.

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère, payable par quart et à terme.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*. Au décès du Bénéficiaire, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

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

### **11.3 Revalorisation des rentes en cours de service**

Les rentes en service sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 3.5 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la présente notice d'information.

## **12. Garantie Rente Dépendance**

### **12.1 Objet de la garantie**

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information en situation de dépendance totale telle que définie à l'article 12.2 « Reconnaissance de la dépendance » de la présente notice d'information.

Le montant de la rente servie est fixé en annexe de la présente notice d'information.

**Pour Prémio 1 et 3**, une rente unique est versée quelle que soit la situation de l'Adhérent.

**Pour Prémio 2 et 4**, deux (2) types de rentes, qui ne

peuvent pas s'additionner, peuvent être servies :

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

Exclusivement dans le cadre de **Prémio 2 et 4**, l'Assureur garantit à l'Adhérent reconnu en état de dépendance partielle tel que défini à l'article suivant :

- Le paiement de l'ensemble du dispositif d'installation du matériel de téléassistance (59 euros TTC au 1<sup>er</sup> janvier 2017),

et

- Le paiement de l'abonnement mensuel de téléassistance (abonnement de 35,10 euros TTC par mois au 1<sup>er</sup> janvier 2017).

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

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

### **12.2 Reconnaissance de la dépendance**

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

- est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 3 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. Ce critère est contractuel,
- 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) tels que définis ci-dessous,
- est reconnu par le médecin-conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

Est reconnu 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. Ce critère est contractuel,
- se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer, sans l'aide d'une autre personne, trois des quatre actes de la

vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller tels que définis ci-dessous,

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

Les quatre (4) 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.

**La date de reconnaissance de l'état de dépendance 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.**

L'Adhérent bénéficiant des services de téléassistance, s'il est par la suite reconnu dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 3, tels que définis ci-dessus, peut demander à l'issue du délai de franchise

prévu à l'article 12.3 « Délai de franchise » de la présente notice d'information :

- de ne plus bénéficier des garanties téléassistance. Dans ce cas, il percevra la rente prévue au contrat en cas de GIR 1, 2 ou 3. Il devra alors restituer le matériel obtenu.
- de continuer à bénéficier des prestations de téléassistance. Dans ce cas, le montant de l'abonnement est déduit du montant de la rente versée au titre du GIR 1, 2 ou 3 conformément à l'article 12.1 « Objet de la garantie » de la présente notice d'information.

## 12.3 Délai de franchise

**Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période continue qui court à compter du jour de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance. Ce délai est de :**

- **90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle au sens de l'article 1.2 « Définitions » de la présente notice d'information,**
- **180 jours dans les autres cas.**

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

## 12.4 Formalités et Règlement des prestations

### 12.4.1 Formalités

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

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- en outre 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,
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Départemental de résidence de l'Adhérent relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001,
- un relevé d'identité bancaire du compte

sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),

- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat,
- toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

#### 12.4.2 Modalités de versement des prestations

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

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

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

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

#### Article 12.4.3 Modification de la situation du bénéficiaire

L'Adhérent bénéficiant de la prestation Dépendance, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative, tout changement concernant :

- l'évolution de son état de santé,
- la suppression de la prise en charge par la Sécurité Sociale,
- le changement du lieu de vie (domicile, unité de long séjour, unité de cure médicale, établissement hospitalier pour personnes âgées, etc.).

#### 12.5 Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes en service sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 3.5 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la présente notice d'information.

### 13.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières pour perte de traitement en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de travail de l'Assuré avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite s'il est en situation effective d'activité à la veille du 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail.

L'Incapacité Temporaire Totale de travail est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle. Elle se traduit par les conditions suivantes :

#### ➤ Pour les fonctionnaires :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application du statut de la Fonction Publique ou est en disponibilité d'office au sens de l'article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

#### ➤ • Pour les non fonctionnaires :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré non fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application de son statut professionnel ou au titre de la Sécurité Sociale,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Est aussi considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré non fonctionnaire :

- qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale :

- soit parce que du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période de référence, les conditions exigées par la Sécurité Sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,

- soit parce que les droits conformément aux dispositions de l'article L.323-1 du Code de la Sécurité Sociale sont épuisés,

- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

### 13.2 Bénéficiaires

Le Bénéficiaire est l'Adhérent.

Le Bénéficiaire doit, de sa propre initiative, notifier à l'Assureur la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation au titre du contrat, objet de la présente notice d'information.

## 13. Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

### 13.3 Formalités de règlement des prestations

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation rempli à la fois par l'administration (ou l'employeur) et l'Adhérent et comportant :

- Le relevé de congé de maladie ordinaire faisant apparaître les 90 jours de plein traitement précédent le 1<sup>er</sup> jour de demi-traitement.
- En cas de Congé de Longue Maladie, de Congé de Longue Durée, de Disponibilité d'Office pour raison de santé, fournir les arrêtés de plein et demi-traitement.
- Une attestation sur l'honneur de l'Assuré énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de son incapacité.
- Le bulletin de salaire du mois précédent la période avec perte de rémunération.
- En cas de Disponibilité d'Office pour raison de Santé, les bulletins de salaire faisant apparaître la régularisation et la période de versement des prestations en espèces et en nature de la CPAM ou le décompte mentionnant l'indemnité journalière de la Sécurité sociale en cas de non subrogation.
- Si l'Adhérent est contractuel de la fonction publique ou salarié du privé, le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'incapacité de travail émanant de l'employeur, de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance.
- Le relevé d'identité bancaire du Bénéficiaire de la prestation.
- Toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

En cas de rechute, l'Adhérent doit adresser un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

Tout arrêt de travail comportant des périodes indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur, la Sécurité sociale, la Mutuelle souscriptrice et/ou tout autre organisme de prévoyance doit impérativement être fractionné par périodes homogènes d'indemnisation.

**LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS SONT SUSCEPTIBLES D'ETRE SERVIES. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS N'AURA LIEU QUE POUR LA DUREE DE GARANTIE RESTANT A COURIR A PARTIR DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE PAR L'ASSUREUR.**

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 5.3 « Contrôle médical et

Conciliation » de la présente notice d'information.

### 13.4 Principe indemnitaire

#### ➤ Principe

**En aucun cas les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature perçues de l'Administration, de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle souscriptrice et de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'Assuré de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.**

**Par rémunération théorique, on entend le traitement hors prime qu'aurait perçu l'Assuré s'il avait continué à travailler.**

#### ➤ Engagement de remboursement

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, sans délai, à l'Assureur, les indemnités trop perçues à la suite du rétablissement de ses droits à plein traitement notamment en cas de changement de nature de son congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de sa situation.

L'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

### 13.5 Délai de franchise

**Les Membres participants non fonctionnaires se voient appliquer un délai de franchise défini comme suit :**

**La franchise est le délai à l'expiration duquel l'Assuré reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail peut prétendre au versement de la prestation. Ce délai court à compter de la date de reconnaissance de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.**

**Le délai de franchise est fixé à la durée de la période de maintien de salaire total prévue par le statut pour les agents titulaires et non titulaires.**

**Pour les salariés de droit privé, le délai de franchise est de trois (3) jours.**

**Dans le cas d'une rechute, le délai de franchise ne sera pas appliqué. On entend par rechute, un arrêt de travail imputable à une maladie ou à un Accident ayant déjà donné lieu à indemnisation au titre de la présente garantie et qui survient dans un délai maximum de trois (3) mois suivant la fin de l'indemnisation précitée.**

### 13.6 Durée de versement de la prestation

La prestation est versée tant que dure l'incapacité de travail du Membre participant jusqu'à la survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- l'entrée en jouissance effective de ses

- droits à la retraite,
- l'entrée en jouissance d'une pension de retraite (pour invalidité ou autre), ou d'une pension de vieillesse ou d'invalidité de la Sécurité sociale,
- l'entrée en jouissance d'une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre d'un Accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des prestations,
- la rupture du contrat de travail pour quel que motif que ce soit.

### 13.7 Suspension des garanties

La garantie est provisoirement suspendue en cas de :

- congé parental,
- mise en disponibilité pour convenance personnelle, sauf si l'Adhérent demande le maintien de la garantie au titre d'une activité salariée.

Pendant ces périodes, les cotisations afférentes à cette garantie ne sont pas dues.

L'Adhérent est tenu d'informer la Mutuelle souscriptrice de la reprise de ses fonctions afin de lever cette suspension de garantie. En toute hypothèse, il est redevable de la cotisation à compter de la date de reprise de ses fonctions.

## 14. Garantie Perte de Primes

### 14.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières pour perte de prime en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite s'il est en situation effective d'activité à la veille du 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail.

L'Incapacité Temporaire Totale de travail est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle. Elle se traduit par les conditions suivantes :

#### ➤ Pour les fonctionnaires :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application du statut de la Fonction Publique ou est en disponibilité d'office au sens de l'article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

#### ➤ Pour les non fonctionnaires :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré non fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application de son statut professionnel ou au titre de la Sécurité sociale,

- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Est aussi considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré non fonctionnaire :

- qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale :

- soit parce que du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période de référence, les conditions exigées par la Sécurité sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,
- soit parce que les droits conformément aux dispositions de l'article L.323-1 du Code de la Sécurité Sociale sont épuisés,
- et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

### 14.2 Bénéficiaires

Le Bénéficiaire est l'Adhérent.

Le Bénéficiaire doit, de sa propre initiative, notifier à l'Assureur la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation au titre du contrat.

### 14.3 Formalités de règlement des prestations

#### Justificatifs à produire sur le plan administratif

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'une demande de prestation Incapacité Temporaire Totale de travail et son volet l'imprimé « Demande de prestation – Perte de Primes » accompagné des pièces et justificatifs suivants :

#### Dans tous les cas :

- une attestation sur l'honneur de l'Adhérent au contrat énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de son incapacité (quel que soit l'organisme qui les verse : Sécurité sociale, Institution de prévoyance, employeur au titre de ses obligations légales etc.) ;
- toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

#### Lors de la première demande de prestation :

La « demande initiale » doit être accompagnée du tableau déterminant la date de prise en charge de la garantie Perte de primes et du tableau permettant le calcul de la prestation complétée par l'employeur dont dépend l'Assuré indiquant :

- pour la détermination de la date de prise en charge :
  - toutes les dates des interruptions de travail pour cause de maladie ou d'Accident indemnisées totalement

ou partiellement par l'employeur et/ou la Sécurité sociale, survenues au cours des 365 jours précédant le jour de l'ouverture des droits à prestation.

- Pour le calcul des prestations :
  - o les périodes d'arrêt de travail ouvrant droit à l'indemnisation ;
  - o la nature du congé soit : Maladie Ordinaire (MO), Congé Longue Maladie (CLM), Congé Longue Durée (CLD), Disponibilité d'Office pour raison de Santé (DOS), Accident du travail (AT), arrêt maladie, etc. ;
  - o le traitement pour les fonctionnaires ou le taux de prise en charge par la Sécurité sociale pour les non fonctionnaires ;
  - o le(s) montant(s) nets de la rémunération variable ou fraction de celle-ci (montant des primes nettes) réellement perçues au cours des douze (12) derniers mois précédant l'arrêt de travail bénéficiant de l'indemnisation ;
  - o le montant de la rémunération variable (primes théoriques nettes) se rapportant à la période en cause.

Tout arrêt de travail comportant des périodes indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur et/ou la Sécurité sociale doit être impérativement fractionné par périodes homogènes d'indemnisation (ces informations doivent être communiquées par période en distinguant les traitements et les natures de congés maladie).

- Pour le règlement :
  - o Un relevé d'identité bancaire quand les prestations sont réglées directement aux Bénéficiaires.

**Lorsque le tableau permettant le calcul de la prestation n'aura pas été complétée par l'employeur,** il conviendra de joindre à la demande de prestations les pièces justificatives suivantes :

- Pour la prise en charge (en fonction des cas) :
  - 1) soit une attestation ou un arrêté de l'administration précisant la nature du congé accordé (CMO, CLM, CLD, DOS, AT, etc.) et son traitement ;
  - 2) soit la copie des documents de la Sécurité sociale attestant le versement des prestations en espèces au titre du régime maladie, d'un Accident du travail ou maladie professionnelle pour la période d'arrêt de travail correspondant très exactement à celle dont la prise en charge est demandée à l'Assureur.
- Pour le calcul des prestations et pour l'application des règles de cumul :
  - o la copie des trois (3) derniers bulletins de salaire précédant la prise en charge de la prestation.

**Pour une prolongation d'arrêt de travail :**

La Mutuelle souscriptrice adresse l'imprimé « Demande de prestation – Perte de Primes ».

#### **JUSTIFICATIFS A PRODUIRE SUR LE PLAN MEDICAL**

Lors de la première demande de prestation :

- un certificat médical précisant la date de l'arrêt de travail initial ;
- en outre, en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection ;
- toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

**LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS PEUVENT ETRE SERVIES. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS N'AURA LIEU QUE POUR LA DUREE DE GARANTIE RESTANT A COURIR A PARTIR DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE PAR L'ASSUREUR.**

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhèrent au contrat relatif à la présente notice d'information, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu à l'article 5.3 « Contrôle médical et Conciliation » de la présente notice d'information.

### **14.4 Principe indemnitaire**

#### **Principe**

**En aucun cas les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature perçues de l'Administration, de la Sécurité sociale, de la Mutuelle souscriptrice et de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'Assuré au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.**

**Par rémunération théorique, on entend le traitement net (primes incluses) qu'aurait perçu l'Assuré s'il avait continué à travailler.**

#### **Engagement de remboursement**

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, sans délai, à l'Assureur, les indemnités trop perçues notamment en cas de changement de nature de son congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de sa situation.

L'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhèrent.

### **14.5 Arrêts de travail indemnisés**

Seuls les arrêts de travail survenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 sont indemnisés au titre de la garantie Perte de primes et après application, le cas échéant, du délai de franchise mentionné à l'article 14.6 « Délai de franchise » de la présente notice d'information.

Dans le cas d'une rechute, l'arrêt de travail initial doit également être postérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

On entend par rechute, un arrêt de travail imputable à une maladie ou à un Accident ayant déjà donné lieu à indemnisation au titre de la présente garantie et qui survient dans un délai maximum de trois (3) mois suivant la fin de l'indemnisation précitée.

## 14.6 Délai de franchise

**Le droit aux prestations est acquis à l'issue d'un délai de franchise calculé en additionnant les journées consécutives ou non d'arrêt de travail pour maladie ou Accident, quelle qu'en soit la cause, survenues en cours d'assurance. Les demi-journées d'arrêt de travail ne sont pas prises en considération.**

**Lors de la demande de prestation, dont la date de prise en compte coïncide avec celle du début de l'arrêt de travail, le délai de franchise est considéré comme écoulé si au cours des 365 jours précédant cette date, il a été décompté 90 jours d'arrêts de travail dont au moins 30 jours d'arrêt de travail continus.**

Dans le cas d'une rechute telle que définie à l'article 14.5 « Arrêts de travail indemnisés » de la présente notice d'information, le délai de franchise ne sera pas appliqué.

## 14.7 Durée de versement de la prestation

La prestation est versée tant que dure l'incapacité de travail du Membre participant jusqu'à la survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- jusqu'à l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite,
- l'entrée en jouissance d'une pension de retraite (pour invalidité ou autre), ou d'une pension de vieillesse ou d'invalidité de la Sécurité sociale,
- l'entrée en jouissance d'une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre d'un Accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des prestations,
- la rupture du contrat de travail pour quel que motif que ce soit,
- lorsque l'Adhérent ne remplit plus les conditions prévues à l'article 14.1 « Objet de la garantie ».

## 14.8 Suspension des garanties

La garantie est provisoirement suspendue en cas de :

- congé parental,
- mise en disponibilité pour convenance personnelle, sauf si l'Adhérent demande le maintien de la garantie au titre d'une activité salariée.

Pendant ces périodes, les cotisations afférentes à cette garantie ne sont pas dues.

L'Adhérent est tenu d'informer la Mutuelle souscriptrice de la reprise de ses fonctions afin de lever cette suspension de garantie. En toute hypothèse, il est redevable de la cotisation à compter de la date de reprise de ses fonctions.

## 15. Garantie Invalidité

### 15.1 Objet de la garantie

#### ➤ Pour les Prémios 3 et 4 :

L'Assureur garantit le versement d'une rente en cas d'invalidité, au profit de l'Adhérent qui remplit les conditions suivantes:

- être en situation effective d'activité ou en Incapacité Temporaire Totale telle que définie à l'article 13.1 « Objet de la garantie » de la présente notice d'information,
- ne pas avoir atteint l'âge auquel l'Adhérent peut prétendre à une retraite à taux plein.

Est considéré comme étant en invalidité, l'Adhérent, qui à la fois :

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle,
- présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins 66%,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de toute activité professionnelle,
- s'il est fonctionnaire, a épuisé ses droits statutaires.

Le pourcentage de réduction de la capacité de travail est déterminé à l'aide du tableau suivant en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle selon le barème de droit commun :

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42	
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48	
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40	25,20	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68		
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37	
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83	
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55	
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00	

### 15.2 Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de la rente d'invalidité est l'Adhérent lui-même.

### 15.3 Délai de franchise

Si l'Adhérent devient invalide sans période avérée d'Incapacité Temporaire Totale de travail telle que définie aux Caractéristiques spécifiques de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, il est alors fait application des délais de franchise prévus à l'article 13.3 « Formalités et Règlement de la prestation ».

## 15.4 Durée des prestations

Le droit à prestation cesse à l'âge limite d'activité de la catégorie ou antérieurement si l'Adhérent atteint l'âge auquel il aurait pu bénéficier d'une retraite à taux plein.

## 15.5 Formalités et Règlement de la prestation

### 15.5.1 Formalités

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

- un certificat médical précisant la date de mise en invalidité,
- la notification de mise en retraite pour invalidité de l'Administration ou de mise en invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale,
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'invalidité émanant de l'Administration, de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance,
- une attestation sur l'honneur de l'Adhérent au contrat énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de l'invalidité,
- la copie du certificat de garantie (pièce fournie par la Mutuelle souscriptrice),
- toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

**LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS PEUVENT ETRE SERVIES. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS N'AURA LIEU QUE POUR LA DUREE COURANT A PARTIR DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE.**

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu à l'article 5.3 « Contrôle médical et Conciliation » de la présente notice d'information.

### 15.5.2 Modalité de versement

Le droit à rente est acquis à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité fixée par le médecin conseil de l'Assureur comme point de départ de l'invalidité du Bénéficiaire.

La rente est versée mensuellement à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. De même, à la cessation de service de la rente, le dernier versement est calculé prorata temporis.

La rente d'invalidité est versée tant que dure l'état d'invalidité.

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

## 15.5.3 Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes en service sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 3.5 « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service » de la présente notice d'information.

## 15.6 Modification de la situation de l'Adhérent

L'Adhérent doit notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, la fin éventuelle de son état d'invalidité ainsi que l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'invalidité en cours d'indemnisation par le contrat relatif à la présente notice d'information.

## 16. Garantie Invalidité Permanente et Absolue

### 16.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) au profit de l'Adhérent au contrat, suite à la reconnaissance de son état d'Invalidité Permanente et Absolue lorsque celui-ci survient avant :

- **Pour Prémuo 1, 3 et 4**
  - la date de l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite.
- **Pour Prémuo 2**
  - son 65<sup>ème</sup> anniversaire, ou au-delà s'il poursuit son activité.

Le montant du capital est précisé en annexe de la présente notice d'information.

### 16.2 Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

Est considéré comme atteint d'Invalidité Permanente et Absolue, l'Adhérent qui est à la fois :

- dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à une activité ou à un travail, qu'il s'agisse de sa profession ou non, susceptible de lui procurer gain ou profit,
- obligé de recourir à l'assistance permanente, totale et définitive d'une autre personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver) tels que définis à l'article 12.2,
- consolidé ou stabilisé, c'est-à-dire dont l'état de santé est non susceptible de se modifier tant en aggravation qu'en amélioration, étant entendu que tous soins actifs sont arrêtés en dehors de ceux dont l'objectif est le maintien de l'état ou la prévention d'une aggravation. Les soins palliatifs, tels que définis à l'article 1 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (JO 5 mars 2002,

codifié à l'article L1110-10 du Code de la Santé publique) n'entrent pas dans le champ d'application de la présente définition de consolidation ou stabilisation.

### **16.3 Règlement des prestations**

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

- l'imprimé IPA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'Adhérent au contrat attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins un des actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- une photocopie certifiée conforme de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'Adhérent ou son représentant légal,
- si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité Sociale,
- le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de douze (12) mois après l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information,
- toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par l'Assureur.

**SOUS PEINE DE DECHEANCE, LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A LAQUELLE L'ADHERENT AU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION CESSE D'ETRE COUVERT PAR CETTE GARANTIE.**

# **DISPOSITIONS SPECIALES**

## 17. Conditions spéciales d'adhésion et de basculement

d'information.

### 17.1 Conditions de basculement au 1<sup>er</sup> avril 2009

Tous les Adhérents couverts par la formule A du contrat Prémuo M001 de la Mutuelle souscriptrice au 31 mars 2009, sont couverts au titre de l'option Prémuo 2 du contrat, objet de la présente notice d'information.

Tous les Adhérents couverts par la formule B du contrat Prémuo M001 de la Mutuelle souscriptrice au 31 mars 2009, sont couverts au titre de l'option Prémuo 1 du contrat, objet de la présente notice d'information.

### 17.2 Exception de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

Jusqu'au 31 décembre 2009 et pour les Adhérents au contrat au 31 mars 2009, la garantie « Incapacité Temporaire Totale de Travail » reste assurée par la Mutuelle souscriptrice conformément l'article 112-1 de ses statuts et indépendamment du contrat.

A compter du 1er janvier 2010, la garantie « Incapacité Temporaire Totale de Travail » sera pour ces Adhérents assurée par l'Assureur au titre du contrat Prémuo M001.

### 17.3 Taux de cotisation exceptionnel

De ce fait, à titre dérogatoire et exceptionnel, le taux de cotisation appliqué aux Adhérents visés ci-dessus pour **la seule année 2009** est de :

- 0,30 % de l'assiette de cotisations pour Prémuo 1,
- 0,58 % de l'assiette de cotisations pour Prémuo 2.

## 18. Dispositions complémentaires

### 18.1 Exclusion de couverture en cas de suicide

Le délai de douze (12) mois relatif aux exclusions en cas de suicide volontaire peut être acquis selon la garantie considérée au titre du contrat 6046X souscrit auprès de l'Assureur.

### 18.2 Clause bénéficiaire

Par dérogation à l'article 10.4.1 « Bénéficiaires du capital Décès » de la présente notice d'information, la désignation de Bénéficiaires retenue est :

- toute désignation utilisée par l'Adhérent dans le cadre de ce contrat,
- à défaut, la formulation particulière exprimée par l'Adhérent dans le cadre du contrat 6046X de l'Assureur,
- à défaut, la formule générale prévue à l'article 10.4.1 « Bénéficiaires du capital décès » de la présente notice



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

## ANNEXE MUTUELLE DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Applicable en 2017

**PREMUO – M001**

### 1. Garanties souscrites

#### 1.1. Garantie « Décès »

Montant des prestations garanties :

##### • CAPITAL « DECES »

- Prémuo 1 et 3 : 85% de l'assiette de prestation\*
- Prémuo 2 et 4 : 130% de l'assiette de prestation\*

\*L'assiette de prestation est celle en vigueur à la date du décès de l'Assuré (article 3.2 de la notice d'information).

##### • CAPITAL « EDUCATION »

L'Enfant à charge est défini à l'article 1.2 de la notice d'information

Prémuo 1 et 3 : 6 164,10 euros par Enfant à charge de l'Adhérent au moment du décès

Prémuo 2 et 4 : 10 350,60 euros par Enfant à charge de l'Adhérent au moment du décès.

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies à l'article 3.4 de la notice d'information.

##### • CAPITAL SUPPLEMENTAIRE « EDUCATION » EN CAS DE DECES DU CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE DE PACS DE L'ADHERENT

50 % du Capital « éducation »

#### 1.2. Garantie « Rente Survie »

- Prémuo 1 et 3 : le montant de la rente viagère est de 1.233 euros par an.
- Prémuo 2 et 4 : le montant de la rente viagère est de 1.794,70 euros par an.

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies à l'article 3.4 de la notice d'information.

#### 1.3. Garantie « Dépendance »

- Prémuo 1 et 3 : le montant de la rente dépendance est unique :
  - 205,80 euros par mois quel que soit le lieu d'hébergement (hospitalisation, domicile)
- Prémuo 2 et 4 : le montant de la rente dépendance est de :
  - 518,60 euros par mois en cas d'hospitalisation,
  - 259,70 euros par mois dans les autres cas.

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies à l'article 3.5 de la notice d'information.

#### **1.4. Garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail »**

Pour toutes les options :

Le montant des indemnités journalières pour perte de traitement est fixé à 90 % de l'assiette de prestation, telle que définie à l'article 3.2 de la notice d'information, en vigueur au jour de l'arrêt de travail indemnisé, ramené au nombre de jours d'arrêt de travail.

La prestation est calculée sur la base d'une année administrative de 360 jours, soit 12 mois de 30 jours.

De ce montant sont déduites les prestations nettes de même nature servies par l'Administration, par la Sécurité sociale, par la Mutuelle souscriptrice et par tout autre organisme de prévoyance.

#### **1.5. Garantie « Perte de Primes »**

Pour toutes les options :

Le montant des indemnités journalières pour perte de primes est fixé dans la limite mensuelle de 1 225 euros, correspondant à 25 % du plafond P défini à l'article 2 de la présente annexe, ramené au nombre de jours d'arrêt de travail.

La prestation est calculée sur la base d'une année administrative de 360 jours, soit 12 mois de 30 jours et plafonnée à 25 % du TIB de référence de l'Assuré.

De ce montant sont déduites les prestations nettes de même nature servies par l'Administration, par la Sécurité Sociale, par la Mutuelle souscriptrice et par tout autre organisme de prévoyance.

Pour la période considérée, le montant s'ajoute aux prestations nettes servies par l'Administration, la Sécurité sociale et/ou par tout autre organisme de prévoyance, le tout :

- pour les fonctionnaires, dans la limite de 95% du traitement indiciaire et des primes nets des cotisations sociales ;
- pour les non-fonctionnaires, dans la limite de 95% du salaire net et des primes nets des cotisations sociales.

#### **1.6. Garantie « Invalidité »**

- Prémio 3 et 4 :

Jusqu'à l'âge limite d'activité ou l'âge auquel l'Adhérent aurait pu prétendre à une retraite à taux plein, le montant de la rente d'invalidité est de 75% de l'assiette de prestation, telle que définie à l'article 3.2 de la notice d'information, sous déduction des prestations, pensions ou retraites versée par l'employeur, la Sécurité sociale ou tout autre organisme assureur.

#### **1.7. Garantie « Invalidité Permanente et Absolue »**

- Prémio 1 et 3 : le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) est égal à 20 546,30 euros, et en toute hypothèse ne pourra être inférieur à 70% de l'assiette de prestation.
- Prémio 2 et 4 : le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) est égal à 34 500 euros et, en toute hypothèse, ne pourra être inférieur à 70 % de l'assiette de prestation.

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies à l'article 3.4 de la notice d'information.

## 2. Planchers et plafonds de l'assiette de cotisation

**Pour les retraités et veufs(ves) jusqu'à leur 65<sup>ème</sup> anniversaire (Prémuo 2) ainsi que pour les retraités et veufs(ves) ayant encore un ou plusieurs Enfant(s) à charge quel que soit leur âge (Prémuo 1, 3 et 4) :**

Le plancher de l'assiette de cotisation est défini par la valeur p fixée par référence au traitement minimum de la Fonction Publique (indice brut 245), en vigueur au 30 septembre précédant la date du renouvellement du contrat relatif à la présente notice d'information.

Le plafond de l'assiette de cotisation est défini par la valeur P fixée par référence au traitement d'un agent hors échelle B3, en vigueur au 30 septembre précédant la date du renouvellement du contrat relatif à la présente notice d'information.

**Pour les retraités et veufs(ves) sans Enfant(s) à charge :**

Le plancher de l'assiette de cotisation est défini par la valeur p' fixée par référence au traitement indiciaire afférent au dernier échelon de l'échelle 3 (indice brut 364), en vigueur au 30 septembre précédant la date du renouvellement du contrat relatif à la présente notice d'information.

Le plafond de l'assiette de cotisation est défini par la valeur P', fixée par référence au traitement terminal de l'échelle indiciaire (indice brut 1015).

Pour Prémuo 2, les planchers et plafonds correspondent à 75 % des valeurs ainsi définies. Ils s'appliquent à partir de l'année suivant le 65<sup>ème</sup> anniversaire ou au-delà, à partir de celle suivant son admission à la retraite avec jouissance effective des droits.

**Pour les actifs :**

Le plafond de l'assiette de cotisation est défini par la valeur P fixée par référence au traitement d'un agent hors échelle B3, en vigueur au 30 septembre précédant la date du renouvellement du contrat relatif à la présente notice d'information.

**Règle d'arrondi :**

Le résultat des calculs des plafonds et planchers est arrondi à la centaine d'euros supérieure.

## 3. Taux de cotisation

Prémuo 1 : Le taux de cotisation est de 0,71% de l'assiette de cotisation pour les actifs et 0,38% de l'assiette de cotisation pour les retraités.

Prémuo 2 : Le taux de cotisation est de 0,99% de l'assiette de cotisation pour les actifs et 0,66% de l'assiette de cotisation pour les retraités.

Prémuo 3 : Le taux de cotisation est de 1,22% de l'assiette de cotisation pour les actifs et 0,38% de l'assiette de cotisation pour les retraités.

Prémuo 4 : Le taux de cotisation est de 1,43% de l'assiette de cotisation pour les actifs et 0,59% de l'assiette de cotisation pour les retraités.

Le tarif risque aggravé représente 3 fois le tarif appliqué dans les conditions normales définies ci-dessus. Les assiettes de cotisation sont définies à l'article 3.1 de la notice d'information.

## 4. Réduction « Jeunes »

En référence à l'article 3.3 de la notice d'information, le taux de cotisation est réduit pour les Adhérents au contrat relatif à la présente notice d'information âgés de moins de 35 ans :

- Prémio 1 : 0,60% de l'assiette de cotisation\*
- Prémio 2 : 0,66% de l'assiette de cotisation\*
- Prémio 3 : 1,11% de l'assiette de cotisation\*
- Prémio 4 : 1,14% de l'assiette de cotisation\*

\*Les assiettes de cotisation sont définies à l'article 3.1 de la notice d'information.

## 5. Renseignements – Réclamations - Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat relatif à la présente notice d'information 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 – Direction Gestion - Service Prévoyance  
62, rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13**

– Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations :

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

**Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ) - Direction Relation Adhérent - 53, rue de Rivoli - 75038  
Paris Cedex 01 - Tél : 01.44.76.68.68 – Fax : 01.44.76.67.60**

– Renseignement en cas de sinistre :

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

**MFPrévoyance – Direction Gestion - Service Prévoyance  
62, rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13**

– Réclamation en cas de sinistre :

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent s'adresser à :

**MFPrévoyance – Direction Gestion Réclamation - Service Prévoyance  
62, rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13**

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 dix (10) jours ouvrables. La réponse est adressée à l'Assuré ou ses ayants droit dans les deux (2) mois qui suivent sauf en cas de survenance de circonstances particulières

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.

## 6. Mutuelle souscriptrice

### La Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ)

Organisme régi par le Code de la mutualité

Immatriculé au Registre National des Mutuelles sous le numéro 775 657 521

Dont le siège social est sis 53, rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 01

 01 44 76 68 68

 53 rue de Rivoli  
75038 Paris cedex 01

 [www.mmj.fr](http://www.mmj.fr)



Un espace adhérent  
[www.mmj.fr](http://www.mmj.fr)



MUTUELLE DU MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE