

# NOTICE D'INFORMATION

## DU CONTRAT PRÉMUO

# N°M00 I

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

*document contractuel*

*A effet du 1<sup>er</sup> avril 2009*



## I. Objet du contrat et principes généraux

### I.1 Objet

Prémuo est un contrat collectif régi par le Code des Assurances.

Il s'exerce conformément aux statuts de la MMJ (ci-après désignée « la Mutuelle ») et aux règlements de MFPrévoyance (ci-après désigné « l'Assureur »).

Le contrat est formé de manière indissociable des Dispositions Communes, des Caractéristiques Spécifiques des garanties et de l'annexe dans lesquelles sont précisées les garanties souscrites.

L'objet du contrat 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.

### I.2 Principes généraux

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

1.2.2 Les personnes ont donné préalablement leur consentement et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des quatre options de garanties Prémuo résumées dans la présente notice qui leur a été remise..

1.2.3 La Mutuelle informe les adhérents au contrat des modifications apportées à la présente notice.

### I.3 Définitions

1.3.1 L'adhérent est le membre participant de la Mutuelle inscrit au contrat et acquittant sa cotisation.

1.3.2 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.

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

1.3.4 L'enfant handicapé est l'enfant de l'adhérent légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, 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.

1.3.5 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.

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

1.3.7 Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2008 est de 54,6834 euros.

1.3.8 Le bénéficiaire est la personne qui recevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.



## 2. Règles communes

### 2.1 Adhésion au contrat

#### 2.1.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat est obligatoire pour les adhérents de la Mutuelle éligibles au bénéfice de l'offre MMJ référence, 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), du Haut Conseil au commissariat aux comptes (H3C);
3. le personnel de l'école nationale de la magistrature (ENM), de l'école 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 » ;
4. les membres et personnels du Conseil Constitutionnel ;
5. les membres et personnels du Conseil d'Etat ainsi que des organismes rattachés, dépendant de la mission du Premier ministre ;
6. les magistrats des Cours et tribunaux administratifs ;
7. les agents de la Grande Chancellerie de la Légion d'Honneur ;
8. les agents de la Chancellerie de l'Ordre et de la Libération ;
9. les retraités ayant exercé une des fonctions ci-dessus ;

L'adhésion au contrat est également ouverte à tout autre membre participant de la Mutuelle présentée par celle-ci. L'adhésion au contrat est soumise aux formalités décrites à l'article 2.1.2 ci-après.

#### 2.1.2 Demande d'adhésion

La Mutuelle fait établir par le candidat une demande d'adhésion au contrat, par laquelle il précise son identité, l'option de garantie choisie (option Prémuo 1, 2, 3 ou 4) et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture.

Il donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice et indique les bénéficiaires du capital "décès".

Cette demande est datée et signée par le candidat à l'adhésion.

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

- Questionnaire de santé

##### 1) Pour les adhérents relevant des catégories 1 à 9 définies à l'article 2.1.1

Lorsque le candidat à la couverture au titre du présent contrat est présent depuis plus de 5 ans dans la fonction publique et que la demande d'adhésion a lieu postérieurement aux 15 premiers mois suivant la date de prise d'effet du présent 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, le candidat doit remplir un questionnaire de santé.

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

Après examen par ce dernier, l'Assureur pourra, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010 :

- 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 en annexe.

##### 2) Pour les adhérents ne relevant pas des catégories 1 à 9 définies à l'article 2.1.1

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

- être âgé de moins de 45 ans et
- répondre aux critères pour être membre participant de la Mutuelle depuis moins de 5 ans.

Dans le cas contraire, l'adhésion est soumise à une sélection médicale (déclaration d'état de santé et/ou questionnaire de santé).

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



Exception relative à la limite d'âge :

Les candidats à l'adhésion ne relevant pas des catégories 1 à 9, peuvent adhérer au contrat au-delà de la limite d'âge de 45 ans s'ils bénéficiaient immédiatement avant d'une couverture équivalente au titre d'un ou plusieurs contrats de l'Assureur.

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

L'adhésion au contrat prend effet :

- le jour de l'acquisition de la qualité de membre participant de la Mutuelle, si cette date correspond au premier jour d'un mois,
- le premier jour du mois suivant, dans les autres cas.

Exceptions :

- dans le cas où la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est antérieure de plus de 15 jours par rapport à la date de la demande, l'adhésion au contrat prend effet au premier jour du mois suivant cette demande.
- dans le cas d'une adhésion soumise à formalité médicale, l'adhésion au contrat prend effet au premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur et l'adhérent.

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

**Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion au contrat de l'adhérent sont couverts au titre du présent 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, à chaque adhérent au contrat, d'un certificat d'inscription précisant les conditions de sa garantie.

## 2.1.4 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 des garanties et à l'annexe précitée.

### *Changement d'option*

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 changement d'option à la baisse n'est pas accepté.

Le choix de l'option peut être modifié à la hausse sans condition pour les adhérents fonctionnaires ayant moins de 5 ans d'ancienneté dans la Fonction publique.

En revanche, le changement d'option à la hausse est soumis à conditions pour les adhérents ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans la Fonction publique. Ils devront alors remplir 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 aux Conditions particulières,
- accepter avec exclusion de pathologie,
- refuser,
- ajourner.

En cas de questionnaire de santé, la prise d'effet de l'adhésion à la nouvelle option intervient le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la décision du médecin conseil de l'assureur et, en cas de tarif risque aggravé, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'acceptation par l'adhérent.

## 2.2 Radiation du contrat

### 2.2.1 L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- décès de l'adhérent, au jour du décès,
- perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité,
- 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,
- résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de la résiliation.



**2.2.2 En outre, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent au contrat, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est alors considérée comme nulle.**

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

2.2.3 En cas de résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, les prestations en cours de service à la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits, sur la base de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

### 2.3. Cotisations

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

Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'adhérent (activité, âge, 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, exceptée la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle déterminée lors du renouvellement de l'année qui précède l'adhésion.

Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge est apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de la nouvelle année d'assurance. Les autres facteurs s'apprécient au 30 septembre précédant la date du renouvellement du contrat.

2.3.2 Les cotisations sont exprimées en pourcentage d'un revenu, déterminé selon les modalités qui suivent et arrondi à la centaine d'euros supérieure. Le pourcentage appliqué à ce revenu est révisable lors de chaque renouvellement annuel.

#### ***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 définis à l'article 2.3.3 si l'adhérent au contrat est fonctionnaire,
- le salaire brut soumis à cotisations sociales dans la limite du plafond P définis à l'article 2.3.3 si l'adhérent au contrat n'est pas fonctionnaire.

#### ***• Prémio 1 et 3***

***Pour les retraités avec jouissance effective des droits avec au moins un enfant à charge au sens de l'article 1.3.2 :***

- 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'article 2.3.3, si l'adhérent au contrat est retraité au titre de la Fonction Publique,

En tout état de cause, dans les cas où les droits à pension sont calculés sur la base d'un minimum garanti par la Fonction Publique, le TIB de référence est le traitement afférent à l'indice réel de rémunération, ayant servi à la comparaison avec le traitement afférent à l'indice minimum pour la détermination du montant de la pension,

- le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P et du plancher p définis à l'article 2.3.3 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 à l'article 2.3.3, 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 à l'article 2.3.3, si l'adhérent au contrat n'est pas fonctionnaire à la retraite.

#### ***• Prémio 2 et 4***

***Pour les retraités âgés de moins de 65 ans et les retraités de plus de 65 ans avec au moins un enfant à charge au sens de l'article 1.3.2 :***

- 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'article 2.3.3, si l'adhérent au contrat est retraité au titre de la Fonction Publique,

En tout état de cause, dans les cas où les droits à pension sont calculés sur la base d'un minimum garanti par la Fonction Publique, le TIB de référence est le traitement afférent à l'indice réel de rémunération, ayant servi



à la comparaison avec le traitement afférent à l'indice minimum pour la détermination du montant de la pension,

- le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P et du plancher p définis à l'article 2.3.3, 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'article 2.3.3, 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 à l'article 2.3.3, si l'adhérent au contrat n'est pas fonctionnaire à la retraite.

**Revenus : Cas particuliers**

**• *Quelle que soit l'option choisie***

***Pour les adhérents au contrat, 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 défini à l'article 2.3.3, si l'adhérent est fonctionnaire,
- à défaut, le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales, dans la limite du plafond P défini à l'article 2.3.3.

***Pour les adhérents au contrat 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 défini à l'article 2.3.3. En tout état de cause, le TIB plafonné servira de base aux prestations assises sur l'assiette de cotisation.

**• *Prémio 1 et 3***

***Pour les adhérents au contrat 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 ci-dessus relatives aux retraités au titre de la Fonction Publique, pour Prémio 1 et 3.

***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 à l'article 2.3.3, si le conjoint adhérent au contrat était fonctionnaire,
- le dernier salaire brut soumis à cotisations sociales du conjoint décédé, dans la limite du plafond P et du plancher p définis à l'article 2.3.3, 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 à l'article 2.3.3, si le conjoint adhérent au contrat 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 à l'article 2.3.3.

**• *Prémio 2 et 4***

***Pour les adhérents au contrat 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 ci-dessus relatives aux retraités au titre de la Fonction Publique, pour les Prémio 2 et 4.

***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 à l'article 2.3.3, si le conjoint adhérent au contrat 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 à l'article 2.3.3, 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 à l'article 2.3.3, si le conjoint adhérent au contrat 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 à l'article 2.3.3, dans les autres cas.

2.3.3 Planchers et plafonds d'assiette de cotisation :

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

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.

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.

**Pour les retraités et veuves sans enfant 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.

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 et 4, les plancher et plafond correspondent à 75 % des valeurs ainsi définies. Ils s'appliquent à partir de l'année suivant le 65<sup>ème</sup> anniversaire.

**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.

**Règle d'arrondi**

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

2.3.4. Réduction Jeune

Le taux de cotisation est réduit pour les adhérents au contrat âgés de moins de 35 ans.

2.3.5 La cotisation est appelée à l'adhérent par la Mutuelle selon les modalités déterminées par celle-ci.

2.3.6 Tout mois commencé est dû.

## 2.4. Assiette de prestations

L'assiette de prestations est définie pour les actifs par l'assiette de cotisations conformément à l'article 2.3 ci-dessus sans application du plafond P.

L'assiette de prestations des retraités correspond à l'assiette de cotisations définie à l'article 2.3 ci-dessus.

## 2.5. 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 1.3.7, 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.

## 2.6. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques, dénommées rentes, 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 1.3.7, 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.  
La résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle met fin à la poursuite des revalorisations à la date d'effet de la rupture.

## 2.7 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre de ce contrat sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

## 2.8 Forclusion et prescription

**2.8.1 A défaut de délai mentionné dans les Caractéristiques Spécifiques des Garanties, les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par 2 ans, et par 10 ans pour les prestations dont le bénéficiaire n'est pas l'adhérent.**

**Ces délais courent à partir du moment où le bénéficiaire a connaissance de l'évènement donnant droit à la garantie.**

**En outre, en dehors des garanties couvrant le risque de décès de l'adhérent, les demandes de prestations doivent être formulées du vivant de l'adhérent par l'adhérent lui-même ou son représentant légal.**

**Ne permettant pas l'avis du médecin conseil de l'Assureur, toute demande de prestations formulée après le décès de l'adhérent sera systématiquement refusée.**

2.8.2 A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée à l'intéressé, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.

## 2.9 Contrôle médical et conciliation

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

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

2.9.3 En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes. Si le médecin de l'adhérent au contrat 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, 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 en faisant l'avance.



## 2.10 Risques exclus

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

- **directement ou indirectement du fait de guerre civile ou étrangère ;**
- **directement ou indirectement d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules ;**
- **du risque de navigation aérienne, lorsque l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'adhérent ;**
- **de la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,**
- **de la participation à des paris, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin ;**
- **du fait intentionnel de l'adhérent provoquant une invalidité ;**
- **de luttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels l'adhérent prend part ;**
- **de l'état d'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route et dès lors que l'adhérent est jugé responsable du sinistre en raison de son état d'ivresse ;**
- **de l'utilisation de drogues, stupéfiants, tranquillisants non conforme à une prescription médicale ;**
- **directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme et de sabotage auxquels prend part l'adhérent ;**

**2.10.2 En ce qui concerne la garantie « Capital Décès » et « Rente survie », outre les exclusions générales, l'Assureur ne prend pas en charge les décès résultant :**

- **du suicide de l'adhérent survenant dans les 12 mois suivant l'admission dans l'assurance. 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.**
- **de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.**

**2.10.3 Pour l'application des caractéristiques spécifiques de la garantie « Capital Décès », le conjoint survivant se voit également appliquer les exclusions de risques prévues au présent contrat.**

**2.10.4 En ce qui concerne les garanties « Rente Dépendance », « Invalidité », et « Invalidité Permanente et Absolue » outre les exclusions énumérées ci-dessus, l'Assureur ne prend pas en charge les invalidités et la dépendance constatées antérieurement à la prise d'effet du contrat ou à l'admission dans l'assurance ainsi que les invalidités consécutives à une incapacité temporaire de travail constatée antérieurement à la prise d'effet du contrat ou à l'admission dans l'assurance.**

## 2.11. Autorités de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) s'assure du respect des engagements contractés par celles-ci à l'égard de leurs membres participants et de leurs bénéficiaires.

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

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



## 3. Garantie Décès

### 3.1 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 au-delà si l'un de leurs enfants né ou à naître à cette date est encore à leur charge à la date du décès, pour Prémuo 1, 3 et 4.
- avant leur 65<sup>ème</sup> anniversaire ou 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 pour Prémuo 2.

Le montant du capital « décès » est précisé en annexe à la présente notice.

Outre le capital «décès» mentionné ci-dessus, un capital «éducation» est versé à chaque enfant à charge au sens de l'article 1.3.2 de la présente notice, à la date du décès de l'adhérent.

Le montant du capital «éducation» est précisé en annexe à la présente notice.

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

En cas de décès du conjoint survenu simultanément ou dans les douze mois qui suivent le décès de l'adhérent au contrat, les enfants à charge ayant eu droit au capital «éducation» visé ci-dessus bénéficient d'un capital supplémentaire dont le montant est indiqué en annexe.

### 3.2 Bénéficiaires

#### 3.2.1 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 formules :

- la formule générale suivante :

« mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;

à défaut mon partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;

à défaut à mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés ;

à défaut mes ascendants ;

à défaut mes héritiers conformément aux principes du droit des successions ;

à défaut à la Mutuelle souscriptrice. »

- ou 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.**

Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

#### 3.2.2 Bénéficiaires du capital éducation

Seuls sont concernés, les enfants nés ou à naître tels que définis à l'article 1.3.2 et 1.3.3 :

- avant la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite pour Prémuo 1, 3 ou 4,
- avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'adhérent pour Prémuo 2.

#### 3.2.3 Bénéficiaires du capital supplémentaire « éducation» en cas de décès du conjoint ou du concubin

Les bénéficiaires sont les enfants à charge de l'adhérent ayant bénéficié du capital «éducation».

### 3.3. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle 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,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,



- toute pièce justifiant la qualité d'enfant à charge au sens du contrat défini à l'article 1.3.2, 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 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 éducation », les pièces supplémentaires suivantes sont nécessaires :

- un acte de décès du conjoint de l'adhérent prédécédé,
- ou un acte de décès du conjoint 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 ou du concubin est dû ou non à une cause naturelle.

## 4. Garantie Rente Survie

### 4.1 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 1.3.4 de la présente notice en cas de :

- décès de l'adhérent,
- ou d'Invalidité permanente et absolue (IPA) de l'adhérent, définie à l'article 8.2, survenue avant la date d'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 au même article, survenue avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire ou au-delà s'il était toujours en activité, pour Prémuo 2.

Le montant de cette rente est précisé à l'annexe de la présente notice.

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

### 4.2 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle 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 12 mois après l'adhésion au contrat,
- le bulletin de salaire pour Prémuo 1, 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,
- 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 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 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale.

**En cas d'IPA de l'adhérent, sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à laquelle l'adhérent au contrat cesse d'être couvert par cette garantie.**

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent et du bénéficiaire. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 2.9.

## 4.3 Modalités de versements 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 échu les 31 mars, 30 juin, 30 septembre, et 31 décembre de chaque année.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. Au décès du bénéficiaire, le dernier versement est calculé prorata 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.

Les rentes en service sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 2.6.

## 5. Garantie Dépendance

### 5.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'adhérent au contrat en situation de dépendance totale telle que définie à l'article suivant.

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

Pour Prémuo 1 et 3, une rente unique est versée quelle que soit la situation de l'adhérent.

Pour Prémuo 2 et 4, deux types de rentes, qui ne peuvent pas s'additionner, peuvent être servies :

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

Exclusivement dans le cadre de Prémuo 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 défini en annexe au présent contrat (47,72 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2009),

et

– le paiement de l'abonnement mensuel de téléassistance défini en annexe au présent avenant (abonnement de 29,30 euros par mois au 1<sup>er</sup> janvier 2009).

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 l'opérateur et l'Assureur, le financement du service de téléassistance sera alors interrompu. MFPrévoyance assurera alors le versement, sous forme de rente trimestrielle payée directement à l'adhérent et de l'abonnement prévu ci-dessus.



## 5.2 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),
- et 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.
- et est reconnu comme répondant aux deux critères précédents par le médecin conseil de l'Assureur.

**Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis 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**

- 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 5.3 :**

- de ne plus bénéficier des garanties téléassistance. Dans ce cas, il percevra la rente prévue au contrat en cas de GIR 1, 2 ou 3. Il devra alors restituer le matériel conformément aux dispositions prévues en annexe.
- 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 5.1.





## 6. Garantie Incapacité temporaire totale de travail

### 6.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit à l'adhérent le versement d'indemnités journalières pour perte de traitement 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 premier 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'adhérent 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'adhérent 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 L323-1 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.

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.

### 6.2 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle 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 :

- un certificat médical ou une photocopie du certificat médical précisant la date d'arrêt de travail,
- 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,
- l'avis d'arrêt ou de prolongation,
- un justificatif précisant les dates d'interruption de travail pour maladie ou accident indemnisées par l'employeur ou la Sécurité Sociale justifiant des droits à indemnisation,
- une attestation sur l'honneur de l'assuré énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de son incapacité,

Ce formulaire est accompagné de la production des justificatifs demandés par l'assureur et notamment des bulletins de paie ou de salaire faisant apparaître la perte de rémunération.

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 et/ou tout autre organisme de prévoyance doit impérativement être fractionné par périodes homogènes d'indemnisation.



La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée de garantie restant à courir à partir de la date de réception 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 2.9 de la présente notice.

## 6.3 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 préalablement perçues de l'Administration, de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle 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 hors prime qu'aurait perçu l'assuré s'il avait continué à travailler.

### Engagement de remboursement

Les bénéficiaires de la garantie s'engagent à reverser, sans délai, à l'Assureur, les indemnités trop perçues à la suite du rétablissement de leurs droits à plein traitement notamment en cas de changement de nature de leur congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de leur 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.

## 6.4 Délai de franchise

Les adhérents 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 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 mois suivant la fin de l'indemnisation précitée.

## 6.5 Durée de versement de la prestation

La prestation est versée tant que dure l'incapacité de travail de l'adhérent 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.

Les indemnités journalières en services sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 2.6.

La résiliation du présent contrat met fin à la poursuite des revalorisations à la date d'effet de la rupture dans les conditions définies à l'article 2.2.3.



## 6.6. 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 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.

## 7. Invalidité

### 7.1 Objet de la garantie

Pour Prémuo 3 et 4, l'Assureur garantit le versement d'une rente en cas d'invalidité pour l'adhérent qui remplit les conditions suivantes :

- être en situation effective d'activité ou en incapacité temporaire totale telle que définie à l'article 6.1 des Conditions Générales « Incapacité Temporaire Totale de Travail »,
- ne pas avoir atteint l'âge auquel il 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'incapacité professionnelle | Taux d'incapacité 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                           | 33,02 | 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 | 63,13 | 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 |

## 7.2 Délai de franchise

Si l'adhérent devient invalide sans période avérée d'Incapacité Temporaire Totale de travail telle que définie à l'article 6.1 de la présente notice, il est alors fait application des délais de franchise prévus à l'article 6.4 sur le délai de franchise en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

## 7.3 Durée des prestations

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

## 7.4 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle 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, par la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance,
- une attestation sur l'honneur de l'adhérent au contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de l'invalidité,
- la copie du certificat de garantie (pièce fournie par la mutuelle),
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

**La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée courant à partir de la date de réception 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 2.9 de la présente notice.

## 7.5 Modalités de versement

Le droit à rente est acquis dès le lendemain de la date reconnue 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.**

Les rentes en services sont revalorisées dans les conditions définies à l'article 2.6.

## 7.6 Modification de la situation de l'adhérent

L'adhérent doit notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle, 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 présent contrat.



## 8. Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

### 8.1 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 :

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

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

### 8.2 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, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette).
- 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 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.

### 8.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle 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 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale,
- le bulletin d'adhésion lorsque l'IPA est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat,
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

**Sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à laquelle l'adhérent au contrat cesse d'être couvert par cette garantie.**

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 2.9.



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

### 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 au 31 mars 2009, sont couverts au titre de l'option Prémuo 2 du présent contrat.

Tous les adhérents couverts par la formule B du contrat Prémuo M001 de la Mutuelle au 31 mars 2009, sont couverts au titre de l'option Prémuo 1 du présent contrat.

### 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 de Totale de Travail » reste assurée par la Mutuelle conformément l'article 112-1 de ses statuts et indépendamment du présent contrat.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, la garantie « Incapacité Temporaire Totale de Travail » sera pour ces adhérents, assurée par MFPrévoyance au titre du contrat Prémuo M001.

### 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.

## II. Dispositions Complémentaires.

### 1. Exclusions de couverture en cas de suicide

Le délai de 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.

### 2. Clause bénéficiaire

Par dérogation à l'article 3.2, 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 3.2.









Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS  
62, RUE JEANNE D'ARC - 75640 PARIS CEDEX 13