

Table des matières

NOTICE D'INFORMATION

PREAMBULE.....	3
TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	4
TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ ».....	12
TITRE III - ACTION SOCIALE ET PREVENTION	17
TITRE V – LES COTISATIONS	20

ANNEXES

ANNEXE 1 - Obligations d'information précontractuelle et préalable - Vente à distance	23
ANNEXE 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection	25
ANNEXE 3 - Services Santéclair	29
ANNEXE 4 - MGAS Assistance	32
ANNEXE 5 - Assurance scolaire/étudiante	51
ANNEXE 6 – Garanties Protection juridique.....	56
ANNEXE 7 – Garanties Prévoyance Obligatoires	63
ANNEXE 8 – Document d'information sur le produit d'assurance santé et prévoyance.....	74
ANNEXE 9 – Tableau des garanties Frais de santé	79

Notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative établie en application de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité

Cette notice définit les garanties prévues par le contrat collectif et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions, ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Le contrat collectif a été conclu entre les soussignés suivants :

- L'association MGAS Protection, association loi 1901, domiciliée au 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, Ci-après désignée « **l'Association** » ou le « **Souscripteur** » ;
- La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (**MGAS**) mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée au SIRENE sous le n°784 301 475 dont le siège social est 96 avenue de Suffren 75730 Paris Cedex 15, Ci-après dénommée « **MGAS** » ou « **la Mutuelle** » ;
- Relyens Mutual Insurance Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles - Société d'Assurance Mutuelle, 18 rue Edouard Rochet - 69 372 LYON Cedex 08, Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 RCS Lyon Ci-après dénommée « **RELYENS** » ;

La société anonyme d'assurance Relyens Life Insurance Société Anonyme au capital de 6 000 000€ 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON - Entreprise régie par le Code des Assurances - SIREN 487 632 861 RCS Lyon Ci-après dénommée « **RELYENS** » ;

Ci- après dénommés collectivement « les Assureurs » ou « les Co-assureurs ».

Les Assureurs étant représentés par la MGAS agissant en qualité d'Apériteur du contrat. Les soussignés sont dénommés collectivement les « Parties » et individuellement une « Partie ».

PREAMBULE

Soucieuse de proposer un dispositif de protection sociale complémentaire à ses agents actifs ou retraités adapté à leurs besoins, les Ministères Sociaux ont initié un appel d'offres afin de référencer un opérateur en application de l'article 39 de la loi 2007-148 du 2 février 2007 ainsi que du décret N°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Les Assureurs ont soumissionné dans le cadre de cet appel d'offres des ministères sociaux et leur proposition de coassurance a été retenue.

Le contrat collectif à adhésion facultative est conclu dans ce cadre.

En cas de contradiction, dans un sens défavorable pour les Ministères Sociaux et ses bénéficiaires, entre les dispositions contractuelles de la convention de référencement d'une part et la présente notice d'informations du contrat collectif à adhésion facultative d'autre part, seules les premières s'appliqueront.

L'organisme de référence qui perd sa désignation dans le cadre d'une résiliation fautive ou du terme de sa convention de référencement s'engage à permettre la résiliation des contrats ou règlements en cours dans les trois mois et à rembourser le montant de la cotisation au prorata de la durée écoulée entre l'échéance de la prime et la date de résiliation.

La résiliation ou le non renouvellement de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

L'organisme de référence est tenu d'informer l'ensemble de ses adhérents de la perte de sa qualité d'organisme de référence dans un délai maximum d'un mois à compter de la notification en ce sens de l'employeur public. Il précise aux adhérents qu'ils perdraient, faute d'adhésion à un autre organisme de référence, le bénéfice des années de cotisation qu'ils continueraient de lui verser en application du décret du 19 septembre 2007.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Définitions

Au sein du contrat collectif :

« **Apériteur** » : désigne la MGAS mandatée en cette qualité et qui l'accepte par RELYENS. Les missions de l'Apériteur sont précisées dans la Convention de coassurance signée entre les Assureurs ci-avant désignés.

« **Association** » : désigne l'association MGAS Protection, association loi 1901, domiciliée au 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15.

« **Assuré** » : désigne la personne sur laquelle porte la garantie

« **Ayants droit** » : désigne pour la Garantie frais de santé les personnes listées ci-après :

- Conjoint, la personne légalement mariée avec le Membre Participant, ni divorcée, ni séparée de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, concubin conformément à l'article 515-8 du Code civil, partenaire lié par un PACS conformément aux articles 515-1 et suivants du Code civil
- Enfants du Membre Participant (agent actif ou retraité) ainsi que de leurs conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, âgés de moins de 28 ans.
 - o Agés de 18 ans inclus,
 - o Agés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la protection maladie universelle,
 - o Agés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'alternance dans les conditions prévues par le code du Travail,
 - o Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (art. L.821-1 du code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

« **Coassureurs** » : désigne en application de l'article L227-1 du code de la mutualité :

- pour les garanties Frais de santé et Prévoyance (hors garanties Décès) la MGAS et RELYENS Mutual Insurance,
- pour la garantie Décès la MGAS et RELYENS Life Insurance.

« **Contrat** » : désigne le contrat collectif à adhésion facultative et conclu entre le Souscripteur et les Coassureurs.

« **Convention de coassurance** » : désigne la convention de coassurance conclue entre les Coassureurs qui, notamment, et sans que cette liste ne soit exhaustive :

- désigne l'Apériteur et précise ses missions,
- détermine les quotes-parts d'assurance des Coassureurs pour chacune des garanties du Contrat.

« **Garantie frais de santé** » : désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport), ainsi que d'autres frais en relation avec la santé,

« **Garanties de prévoyance** » : désigne les garanties couvrant :

- L'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),
- L'Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT ou IPP),
- Le décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

« **Membre Participant** » : désigne la personne physique bénéficiant des prestations du contrat et en ouvrant le droit à des Ayants droit.

« **Parties** » : désigne le Souscripteur et les Coassureurs.

Article 2 - Objet

Le contrat collectif à adhésion facultative définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant et les Coassureurs. Tous les Membres Participants sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Seul peut adhérer au Contrat collectif à adhésion facultative un membre du personnel actif rémunéré par les ministères sociaux, et ses retraités, sur le territoire Français (métropole, Corse, DROM, COM) et à l'étranger. Pour la seule Garantie frais de santé peuvent aussi adhérer au Contrat les veuves, maintiens et orphelin(e)s des personnes citées au paragraphe ci-dessus.

Toute personne souhaitant adhérer au contrat collectif à adhésion facultative doit compléter et signer un bulletin d'adhésion accompagné des pièces à fournir.

Un membre du personnel actif bénéficiera dans les conditions prévues par le contrat :

- De la Garantie frais de santé obligatoire pour lui et ses Ayants droit selon la formule qu'il aura souscrite parmi les niveaux suivants : niveau Base, 1, 2, ou 3.
- Des Garanties prévoyance obligatoires.

Un retraité ne pourra bénéficier que de la Garantie frais de santé pour lui et ses Ayants droit selon la formule qu'il aura souscrite.

En complément des garanties obligatoires Prévoyance, des garanties complémentaires non référencées sont proposées. Chaque garantie complémentaire doit faire l'objet d'une adhésion spécifique à un contrat dédié.

Le bulletin d'adhésion précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations ainsi que la formule qui a été choisie par le Membre Participant.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation :

- Des statuts de la MGAS et de son règlement intérieur et institutionnel ;
- Et des droits et obligations définis par le contrat et repris à la notice d'information établie en application des dispositions légales.

Sont aussi souscrits des contrats collectifs avec d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier les Membres Participants couverts par le contrat collectif des garanties supplémentaires suivantes : assistance, garantie d'assurance scolaire, protection juridique.

L'ensemble des Membres Participants couverts par le contrat collectif à adhésion facultative bénéficie alors obligatoirement de ces garanties supplémentaires. Chaque garantie supplémentaire est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur, reproduites en annexe du présent contrat.

Article 3 - Informations précontractuelles

3-1 Documents

Sont remis au Membre Participant avant la signature du bulletin d'adhésion :

- Les statuts de la MGAS et son règlement intérieur institutionnel,
- Le document d'information normalisé,
- Une notice d'information établie par les Coassureurs qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription,
- A compter de son entrée en vigueur, un document d'information normalisé établi par les Coassureurs.

En cas de modification du Contrat portant sur les droits et obligations des Membres Participants, ces derniers en seront informés par écrit dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. A la suite de ces modifications, les Membres Participants qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.

Les modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants par avenant au contrat collectif signé par les parties. Le Souscripteur est tenu d'informer chaque Membre Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par les Assureurs. L'Association donne mandat à l'apériteur pour la remise de cette notice aux Membres Participants.

3-2- Adhésion à l'association MGAS Protection

En demandant son adhésion au contrat collectif, le Membre Participant adhère automatiquement et à titre gracieux à l'Association MGAS Protection dont les statuts sont reproduits en annexe du contrat.

3-3- Conflit d'intérêt

L'apériteur a mis en place une politique interne lui permettant de détecter et d'identifier tout conflit d'intérêt tel que défini à l'article L.522-2 du code des assurances et pouvant impacter un ou plusieurs de ses membres.

Lorsque le dispositif mis en place ne suffit pas à garantir que le conflit d'intérêt sera évité, la Mutuelle informe le membre concerné avant toute contractualisation de la nature générale ou de la source du conflit d'intérêt.

Article 4 - Date d'effet et durée du contrat collectif à adhésion facultative

Le contrat collectif prend effet le 1^{er} juillet 2018. Il ne peut être résilié par aucune partie jusqu'à la fin de la convention de référencement conclue entre les ministères sociaux et les Coassureurs en 2018 (la durée initiale du marché court jusqu'au 30.06.2025).

A l'issue de cette période, le contrat se renouvellera annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par le souscripteur ou fin de la convention de coassurance.

CHAPITRE 1 - ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

Article 5 - Formalités d'adhésion au contrat collectif facultatif

Pour être recevable une demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

Concernant le Membre Participant :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé (y compris la fiche de devoir d'information et de conseil et le mandat de prélèvement SEPA),
- Une photocopie du dernier bulletin de salaire ou justificatif de ressources,
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité, avec le nom de toutes les personnes à inscrire pour la Garantie frais de santé,
- Un Relevé d'Identité Bancaire,
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide,
- Tout autre document mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Concernant les Ayants droit :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité,
- Un Relevé d'Identité Bancaire, à défaut les remboursements pour la Garantie frais de santé seront effectués sur le compte du Membre Participant,
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide,
- Pour les enfants âgés de plus de 18 ans et de moins de 29 ans : un certificat de scolarité ou d'apprentissage
- Pour toute personne en situation de handicap, une photocopie de la carte d'invalidité.

La procédure d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée, par voie électronique.

L'acceptation de l'adhésion sera notifiée au Membre Participant par l'Apériteur par un certificat de garanties qui précisera pour l'ensemble des personnes protégées (Membre Participant et le cas échéant les Ayants droit) :

- La date de prise d'effet de l'adhésion,
- La date de prise d'effet des différentes garanties,
- Le niveau des garanties,
- Le montant des cotisations ainsi que leurs échéances.

Le certificat de garantie pourra être transmis par voie électronique si le Membre Participant a donné son accord sur le bulletin d'adhésion pour que les documents contractuels et les courriers puissent lui être transmis par ce biais.

Le Membre Participant peut, à tout moment, s'opposer à l'utilisation par la Mutuelle de la voie électronique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des relations contractuelles.

Les Coassureurs peuvent être amenés à recueillir les coordonnées téléphoniques d'un Membre Participant ou d'un Ayant droit.

En application de l'article L.223-1 du Code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Article 6 - Garanties du Membre Participant

6-1 Garantie frais de santé

Lors de son adhésion, tout Membre Participant **adhère obligatoirement** à la Garantie frais de santé dans les conditions prévues au contrat collectif à adhésion facultative. Il en ouvre le droit à ses Ayants droit.

La part de coassurance de chaque Coassureur sur la Garantie frais de santé est :

- 80% pour la MGAS,
- 20% pour RELYENS Mutual Insurance.

Conformément à la convention de coassurance, les Coassureurs ne sont tenus entre eux que des quotes-parts d'assurance qu'ils ont accepté de couvrir selon les pourcentages ci-dessus indiqués. En cas de défaillance d'un des Coassureurs, l'autre organisme devient assureur à 100% du contrat à compter de la date du défaut, afin de garantir la continuité de la couverture pour les adhérents.

6-2 Garanties prévoyance

Lors de son adhésion, le Membre Participant actif rémunéré par les ministères sociaux sur le territoire Français (métropole, Corse, DROM, COM), ayant la qualité soit d'agent de la Fonction publique soit d'agent contractuel de l'Etat, **adhère obligatoirement** aux Garanties prévoyance obligatoires.

Ces Garanties prévoyance obligatoires sont les suivantes :

- L'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),
- L'Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT ou IPP),
- Le décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Les parts de coassurance de chaque Assureur sur chaque garantie prévoyance sont les suivantes :

- L'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) : 80% pour la MGAS/ 20% pour RELYENS Mutual Insurance,
- L'Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT ou IPP) : 80% pour la MGAS/ 20% pour RELYENS Mutual Insurance,
- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : 80% pour la MGAS/ 20% pour RELYENS Mutual Insurance,
- Le décès: 80% pour la MGAS/ 20% pour RELYENS Life Insurance.

En complément des garanties Prévoyance obligatoires, des garanties complémentaires facultatives non référencées sont proposées. Ces dernières sont assurées par la MGAS.

Conformément à la convention de coassurance, les Coassureurs ne sont tenus entre eux que des quotes-parts d'assurance qu'ils ont accepté de couvrir selon les pourcentages ci-dessus indiqués. En cas de défaillance d'un des Coassureurs, l'autre organisme devient assureur à 100% du contrat à compter de la date du défaut, afin de garantir la continuité de la couverture pour les adhérents.

6-3 Garanties et services assurés par d'autres organismes

Lors de son adhésion, le Membre Participant et ses Ayants droit, quelle que soit sa situation, bénéficie des garanties et services assurés par d'autres organismes que les Assureurs :

- MGAS Assistance, assuré par IMA ;
- Assurance scolaire assurée par la Sauvegarde ;
- Protection Juridique, assurée par Allianz ;
- Réseau de soins Santéclair assuré par la société Santéclair.

Et ce dans les conditions prévues par les annexes au contrat.

6-4 Action sociale

Lors de son adhésion, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, peut bénéficier d'aides sociales dans les conditions d'attribution prévues à cet effet et décrites en annexe du contrat collectif.

Article 7 - Prise d'effet de l'adhésion

7-1 Prise d'effet de l'adhésion d'un Membre Participant au contrat collectif

La date de prise d'effet de l'adhésion est **la date choisie sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion**, sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives, nécessaires à l'enregistrement de ladite adhésion.

7-2 Prise d'effet de la Garantie frais de santé, des garanties et services associés à la Garantie frais de santé

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'Article 5, la Garantie frais de Santé et les services associés (Articles 6-3 et 6-4) prennent effet à la date choisie sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion.

7-3 Prise d'effet de la Garantie frais de santé et des services associés à la Garantie frais de santé en cas d'ajout d'Ayant(s) Droit

Lorsque la demande d'adhésion des Ayants droit intervient concomitamment à la demande d'adhésion du Membre Participant, la date de l'adhésion à l'assurance des Ayants droit intervient à la date de l'adhésion à l'assurance du Membre Participant lui-même.

Lors de l'ajout d'un Ayant droit suite à mariage, concubinage, conclusion d'un PACS, l'ajout prendra effet au 1^{er} jour du mois de l'évènement si la déclaration à l'Apériteur a été faite dans les deux mois.

En cas de naissance ou d'adoption, l'ajout prendra effet le jour de la naissance ou le jour de l'adoption, à la condition que la demande d'ajout à l'Apériteur intervienne dans un délai de 3 mois à compter de la naissance ou de l'adoption.

À défaut, la garantie prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande d'ajout par l'Apériteur.

7-4 Prise d'effet des Garanties prévoyance

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'Article 5 et que l'agent soit en activité normale de service, les Garanties prévoyance prennent effet concomitamment aux garanties santé.

Article 8 - Durée et renouvellement de l'adhésion du Membre Participant au contrat collectif

L'adhésion d'un Membre Participant à la Garantie frais de Santé et aux Garanties Prévoyance, est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restants. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par le Membre Participant ou l'Apériteur dans les conditions prévues aux Articles 10 et 11 du contrat collectif.

CHAPITRE 2 - RENONCIATION, RESILIATION, DEMISSION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 9 - Faculté de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre Participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (ce délai inclut le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalité.

Pour exercer son droit de renonciation, le Membre Participant doit notifier à l'Apériteur sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre envoyée :

- Par voie postale à MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex,
- Par fax/télécopie au 01 44 10 55 34,
- Par e-mail à l'adresse relation.adherents@mgas.fr

Pour ce faire, le Membre Participant peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant : « Je soussigné(e), [Nom Prénom], demeurant [Adresse], déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif [Numéro Adhérent]. [Date et signature] »

Le Membre Participant peut également remplir et transmettre le modèle de formulaire de renonciation ou toute autre déclaration dénuée d'ambiguïté sur le site internet de la MGAS. Si le Membre Participant utilise cette option, l'Apériteur lui enverra sans délai un accusé de réception de la renonciation sur un support durable (par exemple, par E-mail).

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice de son droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation par le Membre Participant, l'Apériteur rembourse tous les paiements reçus du Membre Participant au plus tard trente jours à compter du jour où l'Apériteur est informé de la décision de renonciation du Membre Participant.

L'Apériteur procède au remboursement du Membre Participant en s'assurant qu'il n'occasionnera pas de frais pour ce dernier.

Si le Membre Participant a demandé à l'Apériteur le versement de prestations dans le délai de renonciation de trente jours visé ci-dessus, le Membre Participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation puisqu'il a demandé expressément l'exécution de son contrat par l'Apériteur.

Article 10 - Résiliation de son adhésion par le Membre Participant

10-1 Résiliation à la date d'échéance annuelle

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité ou via le formulaire de résiliation accessible en ligne sur l'espace adhérent MGAS. à l'Apériteur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet le 1^{er} janvier à zéro heure de l'année suivante.

10-2 Résiliation en cours d'adhésion

➤ Chaque Membre Participant peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion au contrat s'il justifie d'une adhésion dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire (affiliation obligatoire dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif, ou à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par un chef d'entreprise ou par une décision unilatérale de l'employeur) et ce par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité ou via le formulaire de résiliation accessible en ligne sur l'espace adhérent MGAS.. La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du justificatif.

➤ Résiliation infra annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

Dans le souci de maintenir l'équilibre du contrat, il convient d'entendre comme « première souscription », la plus récente des deux dates entre :

- la date d'adhésion au présent contrat
- et
- la date d'effet du dernier changement de niveau de garanties demandé, le cas échéant.

La faculté de résiliation peut s'exercer, soit :

- en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité ou via le formulaire de résiliation accessible en ligne sur l'espace adhérent MGAS.
- par l'intermédiaire d'un nouvel organisme de complémentaire santé.

La résiliation prend effet un mois après que l'Apériteur en a reçu notification.

Dès réception de la demande de résiliation, l'Apériteur communique par tout support durable au Membre Participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de celle-ci, ainsi que de son droit à être remboursé du solde mentionné ci-dessous, dans le délai de trente jours.

Le Membre Participant n'étant redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, soit jusqu'à la date d'effet de la résiliation. la Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Membre Participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Article 11 - Résiliation de l'adhésion par l'Apériteur pour non-paiement des cotisations

En cours de contrat, le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu par l'Apériteur.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations. Le Souscripteur délègue à l'Apériteur l'ensemble des obligations relevant de l'application des dispositions légales et réglementaires.

Article 12 - Retrait d'un Ayant droit

Le retrait des Ayants droit peut intervenir à tout moment en cours d'année et prend effet le premier jour du deuxième mois suivant la date de réception par l'Apériteur du courrier du Membre Participant.

Dans le cas où un Ayant droit peut justifier de son adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire, le retrait de l'Ayant droit sur le contrat prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du justificatif de cette adhésion par l'Apériteur.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de retrait effectif de l'Ayant droit.

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet du retrait de l'Ayant droit, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

Article 13 - Conséquences de la résiliation ou dénonciation sur le droit à prestations

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises ou nées avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS LEGALES

Article 14 - Fausses déclarations

14-1 Fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par les Coassureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les Coassureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux Coassureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de déclaration frauduleuse lors d'une demande de prestations sont applicables les dispositions de l'article 33 ci-après.

14-2 Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, les Coassureurs ont le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du Contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion au Contrat collectif prend fin dix jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée ou d'un recommandé électronique. L'Apériteur restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 15 - Subrogation

Les Assureurs sont subrogés de plein droit à la victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, sauf pour les garanties décès.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que les Assureurs ont exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par les Assureurs n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 16 - Prescription

Toutes actions dérivant du contrat collectif à adhésion facultative sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (à l'exception de l'action concernant le recouvrement d'un indu par les Coassureurs qui est régie par une prescription de cinq ans).

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où l'Apériteur en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du Membre Participant, du bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre les Assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le Membre Participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre Participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre Participant.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription ne court pas est suspendue ou recommence à courir dans les conditions prévues aux articles 2233 à 2239 du Code civil.

Ainsi, elle ne court pas à l'égard :

- D'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive,
- D'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu,
- D'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Elle ne court pas ou est suspendue :

- Contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure,

- Contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Elle est suspendue :

- A compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation,

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

- A compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L.125-1 du Code des procédures civiles d'exécution,

Le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

En cas d'échec de la procédure, il recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

- Lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès,

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Article 17 - Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et la loi dite "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, l'Apériteur s'engage à la protection des données à caractère personnel. La Charte « Vie privée » rédigée par la MGAS, précise :

- ses engagements,
- les informations relatives au responsable de traitement et partenaires,
- les traitements effectués,
- leurs finalités,
- les catégories de données concernées,
- les types de source et destinataires, les principes de conservation,
- les particularités,
- la liste et les modalités d'exercice des différents droits,
- les choix possibles, en particulier en matière de consentement et de gestion des traceurs.

La charte « Vie privée » est accessible et téléchargeable depuis le lien suivant <https://mgas.fr/charte-vie-privee>, ou adressée par voie postale sur simple demande auprès de l'Apériteur.

Article 18 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter leurs obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, les Assureurs se doivent de connaître au mieux les Membres Participants, les Ayants droit et les bénéficiaires d'un capital décès.

L'Apériteur est ainsi fondé, chaque fois qu'il l'estime nécessaire, à demander à ceux-ci certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 19 - Réclamations, Médiations

19-1 Réclamations

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle soit par oral soit par écrit dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Lorsqu'elle est formulée par écrit, elle doit être adressée aux coordonnées suivantes :

Par courrier à l'adresse suivante : MGAS – Réclamation, TSA 30129, 37206 Tours Cedex,

Par courriel : reclamation.adherents@mgas.fr

Une réclamation peut également être formulée par oral lors de l'accueil physique du réclamant ou lors d'un appel téléphonique au 01 44 10 55 55.

Si la réclamation a été formulée à l'oral, le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'une réclamation écrite s'il n'a pu lui être donné immédiatement satisfaction.

La Mutuelle accuse réception de la réclamation écrite sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation écrite est

communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux (2) mois à compter de l'envoi.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

Cette procédure de réclamation est applicable à tout Membre Participant et plus généralement à toute personne portant réclamation (anciens Membres Participants, ayants droit, toute personne en contact avec les services de la Mutuelle).

19-2 Médiation

Le médiateur de la consommation dont relève l'Apériteur est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi soit :

Par courrier :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

Par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Le médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le Membre Participant ou l'Ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Apériteur par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- Le Membre Participant ou l'Ayant droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Apériteur,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'Article 2238 du code Civil.

Article 20 - Lois et langue applicable

Les relations contractuelles établies entre les Membres Participants et les Assureurs sont régies par la Loi française.

La MGAS est soumise au Livre II du code de la mutualité et SHAM et SHAM VIE sont régies par le code des assurances.

Les garanties assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

La langue française est la langue applicable au contrat collectif qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

Article 21 - Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution

Conformément à la réglementation, les Assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 Place de Budapest – CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09.

Article 22 - Territorialité du Contrat

Le Contrat et les garanties s'exercent en France métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et dans les collectivités d'outre-mer (COM).

TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

Article 23 - Définition

La Garantie frais de Santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, ou au premier euro pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale.

22-1 Les formules de la Garantie « Frais de santé »

Les Membres Participants ont le choix entre différentes formules adaptées à leurs attentes et à leurs besoins en matière de couverture de « Frais de Santé ».

Les Membres Participants et leurs Ayants droit assurés au titre du contrat collectif bénéficient des prestations de la formule à laquelle ils ont adhéré.

Les tableaux des garanties en vigueur sont reproduits en annexe du contrat collectif.

La Garantie frais de santé est réservée aux Membres Participants et à leurs Ayants droit demeurant en France métropolitaine, en Corse, dans les DROM, COM et à l'étranger.

22-2 Modification de la formule choisie

Le Membre Participant dispose de la possibilité de changer de niveau de garanties. Ce changement s'applique aux Ayants droit. La demande de changement de formule vers une formule inférieure ou supérieure doit être reçue par l'Apériteur, par lettre, au plus tard le 31 octobre de chaque année et prend effet à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 1^{er} janvier de l'année de l'année suivante sauf pour les cas suivants conformément aux conditions fixées à l'Article L.221-17 du code de la Mutualité :

- Changement de domicile ;
- Changement de situation matrimoniale ;
- Changement de régime matrimonial ;
- Changement de profession ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Dans ces hypothèses, le changement de niveaux de garantie interviendra alors au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande et au plus tôt à la date de changement de situation de famille.

Pour toute modification de formule, la date de prise d'effet de cette dernière constitue le nouveau point de départ du délai de 1 an dans le cadre de l'exercice du droit de résiliation infra annuelle, tel que prévu à l'article 10-II du Contrat.

Article 24 - Objet des prestations

L'Assureur s'engage à rembourser **dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie « Frais de Santé » à laquelle a adhéré le Membre Participant :**

- La part des frais de santé restant à la charge du Membre Participant après la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire,
- **Les frais de santé exclus des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.**

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit en euros. Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculées en fonction de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les Bases de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reprises dans le contrat collectif ont une valeur indicative et sont données pour information.

Article 25 - Bénéficiaires des prestations

24-1 Membre Participant

Le Membre Participant bénéficie de la Garantie frais de santé à laquelle il a adhéré.

24-2 Ayants droit

Les Ayants droit définis à l'Article 1 du Contrat, bénéficient de la Garantie « Frais de Santé » choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.

Article 26 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de Santé

I. Caractère solidaire et responsable

Le Contrat est solidaire et responsable au sens de la réglementation en vigueur.

Le caractère solidaire implique que la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des adhérents et ne recueille aucune information médicale.

Les garanties du Contrat respectent l'ensemble des règles des contrats d'assurance complémentaires de santé dits « contrats responsables » au sens des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et au sens des articles R. 871-1 et R.871-2 du même code modifiés par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 et par décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ainsi que des articles L.911-7 et D.911-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

Ces textes visent à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

En application des dispositions des articles susvisés, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :

- la prise en charge intégrale de la participation des assurés mentionnée à l'article R.160-5 y compris les actes de prévention

(cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article),

- la prise en charge intégrale et sans limitation de durée du forfait journalier hospitalier dans les établissements hospitaliers (étant précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)),

- la prise en charge intégrale et sans limitation de durée de la participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, également dénommée forfait patient urgences (FPU), telle que définie par l'alinéa 4 du I. de l'article L.160-13,

- la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article,

- pour les dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel autres que ceux à prise en charge renforcée, un forfait de prise en charge, respectant les montants minimaux tels que précisés à l'article D.911-1, 1°,

- la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1,

- la prise en charge des dépenses de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ; ainsi que la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2.

Conformément à ces mêmes dispositions du Code de la Sécurité Sociale, le montant des prestations, pour les postes suivants, ne sera pas inférieur aux minimaux ni supérieur aux maximaux fixés par les articles R.871-2 et D.911-1 dudit code pour :

- en cas de prise en charge par le contrat, les honoraires et actes des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO),

- les équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à l'ensemble des classes mentionnées à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale, y compris celles à prise en charge renforcée,

- les dépenses de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale,

- en cas de prise en charge par le contrat, un maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

II. Précisions sur l'application du 100 % santé

Depuis le 1er janvier 2021, le 100 % Santé propose à tous les adhérents à une complémentaire santé responsable ou bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire, des soins et un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100 %.

- Optique

La garantie optique se distingue par ses deux catégories principales d'équipements :

- Classe A : Dispositifs d'optique médicaux répondant aux critères de prise en charge minimaux, incluant les verres simples et les montures de base. Ces équipements assurent une couverture essentielle et sont conçus pour répondre aux besoins visuels fondamentaux.
- Classe B : Dispositifs médicaux d'optique offrant une prise en charge renforcée. Elle comprend des verres complexes, tels que les bifocaux ou progressifs, ainsi que des montures dotées de caractéristiques particulières. Les équipements de cette classe visent à fournir une correction visuelle plus adaptée et personnalisée.

Les types de verres sont classifiés en :

- Verres Simples : Verres unifocaux, offrant une correction pour une seule distance, qu'il s'agisse de vision de près ou de loin.
- Verres Complexes : Verres bifocaux ou progressifs, permettant une correction de plusieurs distances dans un même verre.
- Verres Très Complexes : Verres spécialisés, incluant des corrections pour des pathologies particulières ou des besoins visuels spécifiques.

LES GARANTIES EN OPTIQUE COMPRENNENT LA PRISE EN CHARGE D'UN SEUL EQUIPEMENT D'OPTIQUE TOUS LES DEUX (2) ANS (EQUIPEMENT D'OPTIQUE MEDICALE COMPOSE DE DEUX VERRES ET D'UNE MONTURE), SAUF POUR LES MINEURS DE MOINS DE 16 ANS OU POUR CERTAINES EVOLUTIONS DE LA VUE LIEES A DES SITUATIONS MEDICALES DEFINIES REGLEMENTAIREMENT (UN EQUIPEMENT PAR AN ET PAR BENEFICIAIRE).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1.

Ce délai de deux (2) ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- Dentaire

Pour les soins dentaires prothétiques, la prise en charge se divise en trois paniers distincts :

- Panier 1 : Ce panier comprend les soins prothétiques de base, tels que les couronnes et les bridges réalisés avec des matériaux standards. Il assure une couverture minimale, répondant aux besoins fondamentaux des assurés.
- Panier 2 : Ce groupe inclut des soins prothétiques intermédiaires, utilisant des matériaux de qualité supérieure par rapport à ceux du Panier 1. Il assure une prise en charge renforcée pour des prestations offrant un meilleur confort et une esthétique améliorée.
- Panier 3 : Ce panier regroupe les soins prothétiques de haute qualité, souvent réalisés en céramique ou autres matériaux haut de gamme. Il permet une couverture étendue, incluant des prestations esthétiques avancées et des soins premium.

- Audiologie

En audiologie, les équipements sont classifiés en deux catégories :

- Classe 1 : Aides auditives de base, conçues pour répondre aux besoins audiométriques essentiels avec des dispositifs de technologie standard. Elles assurent une couverture pour les besoins auditifs les plus courants.
- Classe 2 : Aides auditives de classe supérieure, offrant des fonctionnalités avancées adaptées aux besoins auditifs plus complexes. Elles permettent une meilleure personnalisation et un confort auditif accru.

LES GARANTIES EN AUDIOLOGIE COMPRENNENT LA PRISE EN CHARGE D'UNE AIDE AUDITIVE TOUS LES QUATRE ANS DANS LES CONDITIONS PRECISEES PAR LA LISTE PREVUE A L'ARTICLE L.165-1.

- Prothèses capillaires :

À partir du 1er janvier 2026, les prothèses capillaires seront réparties en quatre classes, selon leur composition et leur qualité, conformément à l'arrêté publié au Journal Officiel :

- Classe I : prothèses en fibres synthétiques, avec une surface d'implantation manuelle d'au moins 30 cm². Elles sont prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO).
- Classe II : prothèses contenant au moins 30% de cheveux naturels ou en fibres synthétiques avec une surface implantée manuellement supérieure à 100 cm². Elles sont intégralement remboursées par l'AMO et l'Assurance Maladie complémentaire (AMC), sans reste à charge.
- Classe III : prothèses contenant au moins 50% de cheveux naturels, avec une surface implantée manuellement supérieure à 50 cm². Elles bénéficient désormais d'un encadrement du reste à charge, ce qui constitue une avancée majeure : cette classe n'existait pas auparavant et les patient(e)s devaient assumer l'intégralité du coût.
- Classe IV : prothèses 100% naturelles. Elles sont désormais partiellement prises en charge par l'AMO, permettant une réduction du coût pour les patient(e)s.

L'amélioration de la base de remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire permet à certaines classes de bénéficiaire d'un niveau de remboursement par l'Assurance Maladie plus élevé qu'aujourd'hui, réduisant encore le coût restant à la charge des patients.

- Fauteuils roulants

À compter du 1er décembre 2025, tous les fauteuils roulants inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP), ainsi que leurs options et adjonctions répondant à un besoin de compensation du handicap, seront intégralement pris en charge sans reste à charge ni avance de frais pour les usagers si le distributeur est conventionné.

L'Assurance maladie devient également un guichet unique ce qui simplifie le parcours et limite le nombre d'interlocuteurs (mutuelles, MDPH, dispositifs d'aide...) pour un accès plus simple à un équipement adapté.

Article 27 - Tableaux des garanties

Les tableaux de la Garantie frais de santé sont reproduits en annexe du Contrat.

Article 28 - Tiers payant

En principe, les prestations sont réglées aux Membres Participants après acquittement par eux des dépenses engagées.

Afin de faciliter l'accès aux soins, et afin de respecter les dispositions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, l'Apériteur pratique le tiers payant au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et a signé directement ou indirectement, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas, le Membre Participant n'a pas à faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par l'Apériteur pour les soins qu'ils ont dispensés ou produits qu'ils ont délivrés au Membre Participant ou à ses Ayants droit.

Toutefois, si après avoir payé le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les garanties étaient suspendues ou résiliées, le Membre Participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par l'Apériteur pour son compte.

Article 29 - Limite des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 (dite loi Evin) et au décret n°90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant et de ses Ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du Membre Participant et de ses Ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 30 - Modalités de remboursement des prestations

Pour obtenir le règlement des prestations le Membre Participant doit faire parvenir à l'Apériteur les justificatifs des dépenses au titre de soins couverts ou de produits ou de dispositifs médicaux remboursés par les assureurs dans les cas suivants :

- Le bénéficiaire des soins n'a pas bénéficié de la dispense d'avance des frais (procédure de tiers payant),
- La télétransmission informatique des prestations santé par le régime obligatoire vers l'Apériteur n'a pas été réalisée alors que les soins dispensés, les produits ou les dispositifs médicaux délivrés sont remboursés par le régime obligatoire,
- Les soins dispensés, les produits ou les dispositifs médicaux délivrés ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.

Pour les soins, les produits ou les dispositifs médicaux remboursés par le régime obligatoire, les justificatifs des dépenses sont les suivants :

- Les originaux des décomptes des prestations du régime obligatoire dans le cas où la télétransmission informatique des prestations santé par le régime obligatoire vers l'Apériteur n'a pas été réalisée,
- Les originaux des factures des établissements hospitaliers ou des cliniques et les notes d'honoraires des praticiens hospitaliers (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, ...).

Pour les soins, les produits ou les dispositifs médicaux non remboursés par le régime obligatoire, les justificatifs des dépenses sont les factures acquittées des professionnels de santé ou des établissements de soins indiquant obligatoirement :

- Le numéro du professionnel de santé (numéro Adeli, RPPS) ou de l'établissement de soins (numéro de Finess),
- Le code CCAM (classification commune des actes médicaux) et/ou NGAP (nomenclature générale des actes professionnels),
- L'identité du bénéficiaire,
- La date de soins ou de délivrance des produits,
- **La prescription médicale le cas échéant (en particulier pour les factures de produits et dispositifs médicaux lorsque les coordonnées du prescripteur et la date de prescription n'apparaissent pas sur la facture).**

Lorsque les Coassureurs interviennent en complément d'un autre contrat d'assurance maladie complémentaire, les justificatifs des dépenses sont les originaux des décomptes de prestations au titre du ou des premiers contrats d'assurance maladie complémentaire.

Concernant les soins effectués ou les produits délivrés à l'étranger, les factures des professionnels de santé

acquittées et détaillant les dépenses doivent être fournies dans tous les cas.

Pour les dépenses prises en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français, le décompte établi par celui-ci, doit être transmis.

Concernant la garantie « cagnotte hospitalisation », les remboursements de la chambre particulière, des frais annexes liés à l'hospitalisation (wifi, télévision) ou des frais d'accompagnant (lit, repas) sont pris en charge dans la limite de 100 € par an, par bénéficiaire, en complément de la garantie de base. Si au titre d'une année d'assurance, ce montant n'a pas été utilisé ou a été utilisé partiellement, le solde restant est reporté l'année suivante et vient s'ajouter au nouveau forfait annuel de 100€, dans la limite de 500 €. Ce forfait de 100€ est alimenté lors de l'adhésion puis chaque année au 1^{er} janvier.

Concernant la garantie « i-santé », pour obtenir son remboursement, l'assuré doit fournir la facture acquittée d'achat de l'appareil médical ou du produit de bien-être (balances, bracelets d'activité et de sommeil, tensiomètres, oxymètre de pouls, glucomètres) auprès du partenariat lhealth. Cette facture doit mentionner la date et le type d'achat.

Concernant la garantie « prévention de l'asthme et des allergies », l'assuré doit fournir la prescription du médecin ainsi que facture acquittée de l'achat d'équipement visant à prévenir ou réduire les risques d'asthme ou d'allergie (housse antiacarienne, purificateur d'air...).

En aucun cas le montant total d'un remboursement (incluant le remboursement du régime obligatoire, un remboursement au titre du présent contrat et d'un éventuel autre contrat maladie complémentaire) ne pourra dépasser la dépense réelle engagée ou les éventuels plafonds prévus au contrat responsable (dépassements d'honoraires, optique...) définis aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Article 31 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au Membre Participant.

Un Ayant droit peut percevoir ses prestations sur son compte bancaire ou sur le compte de son choix lorsque le Membre Participant en fait la demande à l'Apériteur.

Article 32 - Droits de l'Apériteur au contrôle

Que les remboursements des prestations aient été effectués ou non, que les dépenses aient été effectuées avec dispense d'avance de frais ou non, l'Apériteur se réserve le droit de demander tout justificatif au bénéficiaire des soins :

- Pour effectuer le paiement des prestations,
- Pour contrôler les dépenses engagées,
- Pour contrôler la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

L'Apériteur, dans le cadre de demande de prestation non prises en charge par la sécurité sociale, se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un

professionnel de santé, de son choix et dûment habilité, toute personne qui demande à bénéficier d'un remboursement pour des soins, des produits ou des dispositifs médicaux au titre de sa garantie.

A l'issue de ces contrôles et enquêtes, l'Apériteur peut décider de refuser ou de suspendre les prestations garanties au Membre Participant après envoi d'une Lettre recommandée avec accusé de réception adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du Membre Participant.

En cas de contestation des conclusions du médecin de contrôle par le Membre Participant, ce dernier a la possibilité de désigner un expert médical chargé de la même mission. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute pour l'une des parties de nommer son expert, ou pour les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son expert, et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Les conclusions du tiers expert s'imposent en dernier lieu sans préjudice des recours pouvant être exercés par voie de justice. En cas de refus de fournir les justificatifs demandés pour une prestation, l'Apériteur pourra refuser le droit au remboursement de cette dernière ou, si elle a déjà été réglée, il pourra en exiger le remboursement.

Article 33 - Prestations indûment versées

En cas de prestations versées indûment à un Membre Participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un Membre Participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, l'Apériteur se réserve le droit de réclamer au Membre Participant le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 34 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

Le Membre Participant qui effectue une déclaration avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

Article 35 - Exclusion de garanties

Les actes non pris en charge par le régime obligatoire et les actes antérieurs à l'adhésion d'un Membre Participant ou d'un Ayant droit ne donnent droit à aucun remboursement,

- à l'exception toutefois de certains actes précisés au tableau des garanties en annexe au présent contrat,
- et dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie dans le tableau des garanties en annexe du Contrat.

Les soins de toute nature (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements

d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de début d'exécution se situent avant la date de prise d'effet de l'adhésion ne peuvent donner lieu à intervention.

Article 36 - Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion (et pour un Ayant droit à la date d'effet de son retrait du contrat).

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation des droits du bénéficiaire sur le contrat, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies à cette résiliation.

Article 37 - Risques couverts à l'étranger

36.1 Soins pris en charge par le Régime obligatoire français
Sont couverts les frais de santé engagés à l'étranger seulement lorsqu'ils sont également pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français et en complément de celui-ci.

Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'Assurance Maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la Mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) et ce dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.

36.2 Actes hors nomenclature

Sous réserve que la garantie souscrite le prévoie, les actes de pose d'implant dentaire et de chirurgie réfractive de l'œil peuvent être pris en charge. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la Mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) et ce dans la limite du montant et selon les conditions prévues par la garantie.

TITRE III - ACTION SOCIALE ET PREVENTION

Article 38 - Action sociale

La MGAS dispose d'une commission d'action sociale qui anime sa politique d'action sociale. Les allocations suivantes sont accordées dans la limite des crédits ouverts à cet effet, chaque année, par l'Assemblée Générale.

I. Allocation exceptionnelle d'entraide

Les allocations exceptionnelles d'entraide sont attribuées par la commission d'action sociale, aux Membres Participants et à leurs familles pour des besoins urgents à caractère familial ou social, à partir d'un fonds, dont le montant est déterminé annuellement par l'Assemblée Générale.

Il en est de même lorsqu'un membre de la famille de l'adhérent, inscrit à la Mutuelle, est atteint d'un handicap constaté.

Pour bénéficier de cette allocation, le Membre Participant doit être adhérent à la Mutuelle depuis au moins douze mois, à la date de la demande.

Les demandes d'allocation exceptionnelle d'entraide sont présentées sur un formulaire spécial disponible dans chaque bureau de section.

Elles sont obligatoirement transmises par le Président de la section qui joint un avis motivé du bureau de section.

Tous documents pouvant éclairer la commission ou le bureau de section sur le cas qu'il convient de secourir doivent être joints à la demande.

La section travaille en concertation avec le service social du personnel de l'employeur public.

II. Allocation en cas de naissance ou adoption

Une allocation peut être versée à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant, à la condition qu'il soit inscrit à la Mutuelle en qualité d'Ayant droit.

Pour bénéficier de cette allocation, le Membre Participant doit être adhérent à la Mutuelle depuis au moins dix mois, à la date de la naissance ou de l'adoption.

La demande doit être accompagnée de la production d'un bulletin de naissance, de la copie du jugement d'adoption ou de toute autre pièce d'état civil équivalente. Elle doit, en tout état de cause, être faite à la Mutuelle dans un délai d'un an à compter de la date de la naissance ou de l'adoption plénière. Le montant de l'allocation est fixé à 155€.

III. Micro-prêts

Dans le cadre d'un partenariat, la MGAS propose à ses Membres Participants :

- Des micro-prêts santé, réservés au financement de frais de santé. Ils peuvent être adossés à une allocation exceptionnelle d'entraide,
- Des micro-prêts sociaux, destinés à apporter une solution de trésorerie permettant de financer des projets de vie dans un cadre social,
- Des prêts de première installation, réservés au financement d'une caution locative, le dépôt de garantie, des frais de déménagement, etc.

IV. Tranquil'Exam

A. Objet

Cette allocation à caractère exceptionnel et solidaire s'adresse aux Membres Participants ou leurs Ayants droit inscrits au contrat de la MGAS dans l'hypothèse où ils sont « candidat » à un concours, à une session finale ou de rattrapage d'un examen scolaire ou universitaire ou de tout autre établissement supérieur. Elle prévoit de contribuer au financement des frais de réinscription à un concours ou à une année d'études identique à celle effectuée. Elle peut être accordée à la suite :

- D'une hospitalisation de plus de 3 jours du candidat ou de l'un de ses proches (parent, conjoint, frère, sœur, enfant)*,
- Du décès d'un proche du candidat (parent, conjoint, frère, sœur, enfant)*,
- D'un événement ayant empêché le bon déroulement des révisions du candidat :
 - Incendie, dégâts des eaux, conséquences d'une catastrophe naturelle dans le logement (résidence principale) le rendant inhabitable pendant plus de 3 jours*,
 - Accident grave (moto, scooter, voiture) ayant entraîné, le jour de l'examen un retard et d'une immobilisation de plus de 5 jours *,
 - Agression ayant fait l'objet d'un dépôt de plainte et d'une immobilisation de plus de 5 jours*.

* Ces événements doivent avoir eu lieu dans les 15 jours ayant précédé la date du concours ou de l'examen.

B. Financement

L'allocation exceptionnelle et solidaire « Tranquil'Exam » est attribuée par la commission d'action sociale, à partir de critères déterminés par cette commission d'action sociale. Elle est versée dans le cadre d'un fonds dont le budget est déterminé annuellement par l'Assemblée Générale. S'agissant d'un fonds d'action sociale, aucune aide supplémentaire ne pourra être effectuée après épuisement du budget défini annuellement.

C. Montant de l'aide

Une seule demande d'aide par an et par bénéficiaire peut intervenir. **Le montant maximal accordé par an et par bénéficiaire ne pourra excéder la dépense engagée pour la réinscription et ce dans la limite de 1 000 € (mille euros).**

D. Demande

Toute demande d'allocation « Tranquil'Exam » doit être effectuée sur le formulaire prévu à cet effet disponible auprès des services de la MGAS ou bureaux de section. Le demandeur devra justifier de son adhésion à la MGAS en qualité de Membre Participant ou d'Ayant droit à la date des examens concernés et devra indiquer les éléments permettant de démontrer sa situation de difficulté financière.

E. Délai et pièces à fournir

La demande doit être effectuée dans un délai de 2 mois (le cachet de la poste ou date de réception de l'e-mail faisant foi) suivant le concours, la session finale ou de rattrapage auxquels le Membre Participant ou l'Ayant droit n'a pu se présenter.

Le demandeur devra, en plus du formulaire prévu à cet effet, fournir des justificatifs attestant de sa situation de redoublement. L'attribution de cette aide est soumise à des conditions de situation financière fixées par la commission d'Action sociale dont il faudra justifier pour toute demande.

F. Délibérations

La commission d'action sociale se réunit mensuellement pour statuer sur les demandes effectuées. Les décisions prises par la commission ne peuvent faire l'objet d'aucun recours ni d'aucune réclamation. Il s'agit de décisions prises dans le cadre de l'Action sociale de la MGAS.

G. Limitation et contrôle

L'allocation ne pourra être versée que sur étude et avis de la Commission d'Action sociale et si le Membre Participant est à jour du paiement de ses cotisations, **dans les limites cumulatives suivantes :**

- **D'un évènement par an,**
- **De 1 000 € (mille euros) maximum par évènement,**
- **De la dépense réelle engagée pour la réinscription.**

H. Limitation de la prestation

Suite au versement, la Mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant alloué en cas d'abandon d'études ou non présentation aux examens pour lesquels il a obtenu une aide financière de la part de la Mutuelle.

V. MGAS Tranquillité

A. Objet

Cette allocation à caractère exceptionnel et solidaire s'adresse aux Membres Participants de la MGAS.

Elle prévoit de contribuer au financement des coûts induits et/ou des frais et peut être accordée au titre :

- D'un accident de travail,
- D'un accident de service,
- Ou d'une agression dans le cadre de l'activité professionnelle.

B. Financement

L'allocation exceptionnelle « MGAS Tranquillité » est attribuée par la commission d'action sociale à partir de critères déterminés par cette commission d'action sociale. Elle est versée dans le cadre d'un fonds dont le budget est déterminé annuellement par l'Assemblée Générale. S'agissant d'un fonds d'action sociale, aucune aide supplémentaire ne pourra être effectuée après épuisement du budget défini annuellement.

C. Montant de l'aide

Une seule demande d'aide par an et par bénéficiaire peut intervenir. **Le montant maximal accordé par an et par bénéficiaire ne pourra excéder la dépense engagée, dans la limite de 250 € (deux cent cinquante euros).**

D. Demande

Toute demande d'allocation doit être effectuée sur le formulaire prévu à cet effet disponible auprès des services de la MGAS ou bureaux de section. Le demandeur devra justifier de 10 mois d'adhésion à la MGAS en qualité de Membre Participant au moment de la demande et devra indiquer les éléments permettant de démontrer sa situation de difficulté financière.

E. Délai et pièces à fournir

Toute demande doit être effectuée dans un délai de 2 mois (le cachet de la poste ou date de réception de l'e-mail faisant foi) suivant :

- Un accident de travail,
- Un accident de service,
- Une agression dans le cadre de l'activité professionnelle.

Le demandeur devra, en plus du formulaire prévu à cet effet, fournir des justificatifs attestant de la situation du Membre Participant :

- Pour un accident de travail : une copie de la déclaration d'accident de travail,
- Pour un accident de service (pour les fonctionnaires titulaires ou stagiaires) : une copie de la déclaration d'accident de service,
- Pour une agression dans le cadre de l'activité professionnelle : une copie du dépôt de plainte.

Le demandeur devra transmettre une facture de la dépense engagée pour laquelle il sollicite une aide de la commission d'Action sociale. L'attribution de cette aide est soumise à des conditions de situation financière fixées par la commission d'Action sociale dont il faudra justifier pour toute demande.

F. Délibérations

La commission d'action sociale se réunit mensuellement pour statuer sur les demandes effectuées.

Les décisions prises par la commission ne peuvent faire l'objet d'aucun recours ni d'aucune réclamation. Il s'agit de décisions prises dans le cadre de l'Action sociale de la MGAS.

G. Limitation et contrôle

L'allocation ne pourra être versée que sur étude et avis de la Commission d'Action sociale et si le Membre Participant est à jour du paiement de ses cotisations, **dans les limites cumulatives suivantes :**

- **D'une demande par an,**
- **De 250 € (deux cent cinquante euros) maximum par demande,**
- **De la dépense réelle engagée.**

Pour pouvoir bénéficier de l'allocation, le Membre Participant devra faire état de sa situation financière et des conséquences qu'aura eu l'évènement sur son équilibre financier. Suite au versement, la Mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant alloué pour lequel le Membre Participant a obtenu une aide financière de la part de la Mutuelle, plus particulièrement si celui-ci n'est pas en mesure de fournir :

- Une reconnaissance d'Accident de travail,
- Une reconnaissance d'Accident de service.

Article 39 - Prévention

La MGAS peut organiser ou participer à des campagnes de prévention sanitaire en partenariat avec des organismes habilités.

TITRE IV - LES GARANTIES PREVOYANCE

Article 40 - Dispositions spécifiques concernant les Garanties prévoyance

Les dispositions spécifiques concernant les Garanties prévoyance figurent à l'annexe intitulée « Garanties Prévoyance Obligatoires » du contrat collectif à adhésion facultative.

TITRE V – LES COTISATIONS

Article 41 - Fixation et modalités de paiement des cotisations

Les Membres Participants s'engagent au paiement d'une cotisation en contrepartie des différentes garanties auxquelles ils ont adhéré dans le cadre du Contrat, augmentée des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes, et des frais de gestion et d'acquisition (y compris la rémunération fixe et variable des salariés de la Mutuelle prenant part à la distribution d'un règlement ou d'un contrat collectif)."

Les barèmes de cotisations pour les Garanties frais de santé et prévoyance sont indiqués à l'annexe du contrat collectif à adhésion facultative.

La cotisation est payable par le Membre Participant à l'Apériteur mensuellement à terme échu par prélèvement automatique sur compte bancaire.

En cas de refus de prélèvement bancaire le Membre Participant pourra exceptionnellement s'acquitter de sa cotisation par chèque bancaire, sur accord de l'Apériteur.

40 - 1 Cotisations afférentes à la garantie frais de santé des Membres participants en activité

La cotisation pour la Garantie frais de santé est établie en prenant en compte de la formule choisie et les critères ci-après :

- D'une part, de l'âge du Membre Participant,
- D'autre part, de l'indice brut de rémunération pour les Membres Participants rémunérés sur la base d'un indice de la Fonction Publique ou du traitement assimilé indiciaire pour les autres.

Pour les Membres Participants en activité de service qui occupent un emploi à temps partiel pour convenances personnelles, le montant de la cotisation qui leur est appliqué est fixé par référence, d'une part à leur âge, d'autre part à leur indice de rémunération brute ou au traitement assimilé indiciaire qu'ils percevraient s'ils travaillaient à temps plein.

40 - 2 Cotisations afférentes à la garantie frais de santé des Membres participants retraités

Les montants de la cotisation sont établis par référence à l'indice brut correspondant au montant brut des pensions perçues au titre des régimes de retraite légaux obligatoires, à l'exclusion des majorations pour les enfants.

Lorsque le Membre Participant retraité exerce une activité professionnelle, le montant de la cotisation qui lui est appliqué s'établit par référence à l'indice brut correspondant à la somme du montant brut de la ou des pension(s) personnelle(s) et de réversion constituée(s) à titre obligatoire et du revenu brut tiré de son activité

Article 42 - Modification de la situation familiale et/ou administrative

Pour être recevables, toutes les modifications de la situation familiale et de la situation administrative doivent être notifiées à l'Apériteur par courrier postal ou électronique.

Les Membres Participants doivent notifier les modifications qui surviennent dans leur situation ou celles de leurs Ayants droit, dans un délai de deux mois à compter de l'événement accompagné des justificatifs mentionnés ci-dessous (listes non exhaustives).

Les modifications prennent alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de survenance de l'événement sous réserve que la déclaration de cette modification intervienne dans le délai de deux mois suivant la date de survenance de l'événement (sauf en cas de naissance ou adoption, auquel cas ce délai est porté à 3 mois).

Passé le délai de deux mois à compter de la date de survenance de l'événement, la prise d'effet de la modification intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par l'Apériteur.

Dans ce cas, le Membre Participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait payées indûment.

41 - 1 Modification de la situation familiale

En cas de modification de la situation familiale et en fonction de l'événement, des justificatifs sont à transmettre à l'Apériteur :

- Mariage (copie de l'acte de mariage), pacte civil de solidarité (copie de la fiche d'information relative à l'enregistrement de la déclaration de Pacs), concubinage (attestation de concubinage ou déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins),
- Naissance (copie de l'acte de naissance), adoption (copie du jugement d'adoption),
- Séparation de corps (copie du jugement de séparation de corps),
- Divorce (copie du jugement de divorce),
- Décès (copie de l'acte de décès adressé par les Ayants droit).

41 - 2 Modification de la situation administrative

Le Membre Participant doit fournir une copie de l'arrêté administratif e/ou du dernier bulletin de paie (selon sa situation) ou de tout document pouvant justifier sa nouvelle situation dans les cas suivants :

- Mutation,
- Congé parental, congé de formation professionnelle, disponibilité pour tous motifs, invalidité, retraite,
- Suspension, révocation, radiation des cadres.

Article 43 - Cotisations des Ayants droit pour la Garantie frais de santé

Les cotisations des Ayants droit sont établies en prenant compte de la formule de la Garantie frais de santé choisie par le Membre Participant et en fonction de l'âge de l'Ayant droit.

Les cotisations des Ayants droit sont offertes à partir du 3^{ème} enfant de moins de 18 ans inscrit au contrat.

Conformément à l'article 1 de la présente Notice d'information, l'enfant âgé de plus de 28 ans perd la qualité d'Ayant droit et doit faire une demande d'adhésion à la Mutuelle en qualité de Membre Participant. Si aucune demande n'est effectuée auprès des services de la Mutuelle, l'enfant conserve son statut d'Ayant droit et le montant de cotisations du au titre de la garantie frais de santé sera identique à celle du Membre Participant du contrat auquel il est rattaché. Ce changement de cotisation prend effet au 1^{er} janvier qui suit le 28^{ème} anniversaire de l'enfant.

Article 44 - Révision de la cotisation

Les cotisations peuvent être aménagées en cours d'année dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime de l'Assurance Maladie interviendraient.

Les cotisations fixées pour les différentes garanties pourront également être aménagées en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

ANNEXE 1 - Obligations d'information précontractuelle et préalable - Vente à distance

(Article L.222-5 du code de la Consommation, article L.221-18 du Code de la mutualité et article 12 du RGPD)

Identité de la Mutuelle

Dénomination sociale : Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS)

Siège social : 96 avenue de Suffren, 75730 Paris 15ème

Numéro d'immatriculation SIREN : 784 301 475

Numéro de téléphone : 01 44 10 55 55 (du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00)

Adresse électronique : relation.adherents@mgas.fr

Coordonnées de l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09.

Modalités d'adhésion à la Mutuelle

Toute demande d'adhésion à la Mutuelle doit respecter les conditions et modalités décrites à la notice d'information remise à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Garanties et exclusions

Les garanties pouvant être accordées par la Mutuelle sont décrites à la notice d'information remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion. Figurent aussi à la notice d'information les exclusions de garanties applicables à chaque garantie.

Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle

La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est la date choisie sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion.

La date de prise d'effet de chacune des garanties est précisée dans la notice d'information remis à tout prospect préalablement à la signature d'un bulletin d'adhésion.

Durée de l'adhésion à la Mutuelle

L'adhésion à la Mutuelle est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de jours et de mois restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale.

Conditions de démission

La démission peut être effectuée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au siège de la Mutuelle ou via le formulaire de résiliation accessible en ligne sur l'espace adhérent MGAS :

- au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre de chaque année, et prendre effet le 1er janvier suivant ,
- ou
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, et prendre effet un mois après réception par la Mutuelle de la notification de résiliation .

Droit de renoncation

Toute personne ayant demandé son adhésion à la Mutuelle peut y renoncer pendant un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance).

Les modalités de ce droit à renoncation sont incluses dans la notice d'information remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Modèle de formulaire de renoncation

La Mutuelle met à disposition un modèle de formulaire de renoncation :

« Je soussigné(e) (Nom Prénom) demeurant (Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la MGAS (Numéro adhérent) (Date et signature). »

Pour que le délai de renoncation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice de son droit de renoncation avant l'expiration du délai de renoncation.

La demande de renoncation est à adresser :

- Par voie postale à MGAS - TSA 30129- 37206 Tours Cedex,
- Par fax/télécopie au 01 44 10 55 34,
- Par e-mail à l'adresse relation.adherents@mgas.fr.

Il est également possible de transmettre cette demande sur le site internet de la MGAS.

Lorsqu'une demande de prestations a été formulée pendant le délai de renoncation, il n'est plus possible d'user de la faculté de renoncation et la cotisation est due en intégralité.

Base de calcul de la cotisation

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction des garanties souscrites. Il inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle. Une adhésion dématérialisée n'amène aucun frais supplémentaire. La cotisation est calculée selon l'âge et le montant des revenus.

Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle.

La cotisation en principe est payable d'avance, mais elle peut aussi être fractionnée mensuellement et payable à terme échu.

La cotisation peut faire l'objet d'un précompte sur rémunération d'activité ou d'un prélèvement automatique sur compte bancaire. En cas de refus de prélèvement bancaire l'adhérent pourra exceptionnellement s'acquitter de sa cotisation par chèque bancaire, sur accord de la Mutuelle.

Traitement des réclamations

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance aux coordonnées suivantes :

- Par courrier : MGAS – Réclamation TSA 3012937206
Tours Cedex,
- Par e-mail à : relation.adherents@mgas.fr

La Mutuelle s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de date d'envoi de la réclamation,
- À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de date d'envoi de la réclamation.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

Médiateur de la consommation

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle MGAS est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi soit :

Par courrier :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS cedex 15

Par dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

« <https://www.mediateur-mutualite.fr> »

Le médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

Le Membre Participant ou l'Ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite,

La demande est manifestement infondée ou abusive,

Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,

Le Membre Participant ou l'Ayant droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,

Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'Article 2238 du code Civil.

Loi applicable

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par la loi française et spécifiquement par le Code de la mutualité.

Langue applicable

La langue applicable est la langue française.

Jurisdiction compétente

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux judiciaires. Les informations mentionnées à la présente annexe sont valables à la date de rédaction de la présente Notice d'information.

ANNEXE 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection

CHAPITRE 1 - FORME, DENOMINATION, OBJET, SIEGE SOCIAL, DUREE

Article 1 - Formation - Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une Association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour dénomination sociale : MGAS PROTECTION.

Article 2 - Objet

L'association a pour objet de permettre à ses membres adhérents, personnes physiques, de bénéficier de garanties contre les risques de décès ou portant atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou de dépendance, et ce notamment par la conclusion de contrat(s) d'assurance auprès d'organismes assureurs tels que définis à l'article 1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

L'association pourra entreprendre toutes actions se rapportant à son objet social, et notamment conclure avec tout organisme qualifié tous accords, contrats ou conventions qui lui paraîtront nécessaires pour faciliter les rapports des membres adhérents avec les organismes, et améliorer les avantages collectifs et individuels dont ils pourront bénéficier.

Article 3 - Siège social

Le siège social est fixé 96 avenue de Suffren – 75730 PARIS Cedex 15

Il pourra être transféré par simple décision du Président de l'Association.

Article 4 - Durée de l'Association

La durée de l'association est illimitée.

Article 5 - Exercice social

L'exercice social de l'association commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

CHAPITRE 2 - MEMBRES

Article 6 - Membres - Catégories

L'Association se compose de membre(s) fondateur(s) et de membre(s) adhérent(s).

6-1 Membre(s) fondateur(s)

Est membre fondateur : la MGAS, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475, siège social 96 avenue de Suffren – 75730 PARIS Cedex 15.

Le ou les membres statutaires fondateurs peuvent décider à l'unanimité d'admettre un ou plusieurs nouveaux membres statutaires dans la catégorie des fondateurs.

Seules peuvent acquérir la qualité de membre fondateur une mutuelle ou une union relevant du code de la mutualité.

Tout membre fondateur s'engage à verser annuellement à l'association une cotisation telle que déterminée par le Conseil d'Administration de l'Association.

6 - 2 Membre(s) adhérent(s)

La qualité de membre adhérent de l'Association s'acquiert par adhésion.

Est membre adhérent :

- d'une part toute personne physique qui adhère à l'Association en vue de pouvoir bénéficier de garanties contre les risques décès ou portant atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou de dépendance, et ce notamment par la conclusion de contrats d'assurance auprès d'organismes assureurs tels que définis à l'article 1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- d'autre part tout membre participant de la mutuelle MGAS même s'il ne bénéficie pas de garanties par le biais d'un contrat collectif souscrit par l'Association.

Le membre adhérent ne verse pas de cotisation à l'Association.

Article 7 - Membres - Radiations

7-1 Membre fondateur

La qualité de membre fondateur se perd :

- du fait de la démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au président de l'Association. Cette démission prend effet à compter de la réception par ce dernier de la lettre ;
- du fait de l'exclusion prononcée par le Conseil d'Administration de l'Association en cas d'infraction aux présents statuts, de non-paiement de la cotisation ou de faute grave commise par le membre fondateur ;
- du fait de la dissolution pour quelque cause que ce soit pour une personne morale.

Avant toute décision d'exclusion, le membre concerné est invité au préalable à fournir des explications au Conseil d'Administration.

L'exclusion prend effet à la date fixée par le Conseil d'Administration, sans que celui-ci soit tenu de respecter obligatoirement un préavis.

7-2 Membre adhérent

La qualité de membre adhérent se perd :

- du fait de la fin de l'adhésion du membre adhérent à tous contrats collectifs souscrits par l'Association ;
- du fait de la perte de la qualité de membre participant de la mutuelle MGAS ;
- du fait d'une exclusion prononcée par le Conseil d'Administration de l'Association en cas d'infraction aux présents statuts ou de faute grave commise par le membre adhérent ;
- du fait du décès pour une personne physique.

Avant toute décision d'exclusion, le membre concerné est invité au préalable à fournir des explications au Conseil d'Administration.

L'exclusion prend effet à la date fixée par le Conseil d'Administration, sans que celui-ci soit tenu de respecter obligatoirement un préavis.

CHAPITRE 3 - ASSEMBLEE GENERALE

Article 8 - Election des délégués

L'Assemblée Générale comprend tous les membres de l'Association représentés par des délégués pour les représenter.

8-1 Membre(s) fondateur(s)

Un délégué est désigné à la majorité des membres fondateurs pour les représenter. Ce délégué agit comme mandataire du (ou des) membre(s) fondateur(s). Lorsque le délégué est une personne morale, c'est le représentant légal de cette personne morale qui le représente à l'Assemblée Générale.

8-2 Membre(s) adhérent(s)

Des délégués sont élus par les membres adhérents pour les représenter. Chaque délégué agit alors comme mandataire des membres qui l'ont désigné.

Ces délégués sont élus pour quatre ans par section de vote. Ces dernières sont fixées par le Conseil d'Administration de l'Association.

Ils sont élus selon les modalités suivantes :

- 2 délégués pour la tranche 0 à 1 000 membres participants,
- 1 délégué supplémentaire par tranche de 500 jusqu'à 4 000 membres participants,
- 1 délégué supplémentaire pour la tranche de 4 001 à 10 000 membres participants,
- 1 délégué supplémentaire par tranche de 10 000 membres participants.

Les élections ont lieu soit par correspondance, et/ou vote électronique soit en assemblée de section, au scrutin majoritaire à un tour.

Pour l'ensemble des votes, en cas d'égalité de voix, le candidat le plus jeune est déclaré élu.

La perte de la qualité de membre adhérent entraîne celle de délégué. Dans ce cas, le candidat non élu, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, devient délégué pour la durée du mandat restant à courir. Il en est de même en cas de démission d'un délégué.

Article 9 - Vote en Assemblée Générale

Chaque délégué dispose d'une voix en Assemblée Générale.

En cas d'impossibilité d'assister à une Assemblée Générale, un délégué peut donner procuration à un délégué de sa section ou à défaut à un autre délégué de son choix.

Le délégué qui vote par procuration doit signer la procuration et indiquer son nom, prénom usuel et domicile de son mandataire, obligatoirement délégué. Il doit adresser la procuration à son mandataire. Le mandat sera donné pour une seule assemblée.

Chaque délégué ne peut détenir au maximum que trois procurations.

Article 10 - Pouvoirs et fonctionnement de l'Assemblée Générale

Article 10-1 Pouvoir

L'Assemblée Générale est compétente pour :

- approuver chaque année les comptes de l'exercice écoulé ;
- se prononcer sur le rapport visé à l'article L612-5 du code de commerce présenté par le président de l'Association ;
- approuver en tant que de besoin les modifications à apporter aux statuts ;
- se prononcer sur la nomination de commissaires aux comptes, titulaire et suppléant ;
- statuer sur la dissolution anticipée de l'Association, la nomination d'un liquidateur, la dévolution de ses biens, sa fusion ou sa transformation.

Article 10-2 Fonctionnement

Le président de l'Association convoque l'Assemblée Générale au moins une fois par an, soit au siège de l'Association, soit en tout autre endroit indiqué sur la convocation, par lettre simple ou par email, ou par tout autre moyen approuvé par le Conseil d'Administration.

Lorsqu'au moins 10% des délégués demandent la convocation d'une Assemblée Générale, le président est dans l'obligation de la convoquer sur l'ordre du jour et les résolutions proposés par ces délégués.

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent aux membres.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Conseil d'Administration.

La convocation comporte l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués par un ou plusieurs délégués au moins soixante jours avant la date de réunion de l'assemblée.

L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le président préside l'Assemblée.

L'Assemblée ne peut valablement délibérer que si au moins un trentième des délégués sont présents, représentés.

A défaut une seconde Assemblée Générale est convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre des délégués présents, représentés.

Les délibérations de l'Assemblée Générale nécessitent une majorité simple des suffrages exprimés, sauf pour les délibérations concernant les modifications statutaires, la fusion, scission, un apport partiel d'actif ou et la dissolution anticipée de l'Association qui nécessitent une majorité égale aux deux tiers des suffrages exprimés.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale. Ces procès-verbaux sont établis sur un registre spécial et signé du président et du trésorier qui en délivrent ensemble ou séparément tout extrait ou copie à tout membre de l'association qui en fait la demande.

CHAPITRE 4 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 11 - Composition

L'Association est dirigée par un Conseil d'Administration composé de trois personnes physiques ou morales membres ou non de l'Association. Au moins la moitié des membres du Conseil d'Administration ne détient plus de mandat ni d'intérêts dans les instances de direction des organismes d'assurances signataires de contrats d'assurances avec l'Association, dont obligatoirement le président.

Ces personnes sont proposées par le(s) membre(s) fondateur(s) de l'Association à l'unanimité puis élues par l'Assemblée Générale de l'Association.

Les membres du Conseil d'Administration sont nommés pour une durée de trois ans, renouvelables sans limite.

L'une des personnes nommée au Conseil d'Administration sera élue par les membres du Conseil d'Administration, à l'unanimité, pour exercer la fonction de président.

Lors de sa réunion la plus proche, le Conseil d'Administration élit en son sein un président et un trésorier.

En cas de vacance, le(s) membre(s) fondateur(s) pourvoient au remplacement du membre du Conseil d'Administration dont le poste est vacant pour la durée du mandat restant à courir. Ce remplacement est soumis à la ratification de la plus proche Assemblée Générale de l'Association.

Le(s) membre(s) fondateur(s) à l'unanimité peuvent à tout moment révoquer un membre du Conseil d'Administration et ce sans motif nécessaire.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Les frais exposés dans l'exercice de leur(s) mission(s) leurs sont remboursés sur pièces justificatives selon les modalités fixées par le Conseil d'Administration.

Le président informe chaque année l'Assemblée Générale de toutes sommes versées ou remboursées à des membres du Conseil d'Administration. Il doit aussi informer chaque année l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par une entreprise d'assurance à un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Un membre du Conseil d'Administration peut aussi présenter sa démission par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Association.

Article 12 - Réunions et délibérations

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois tous les six mois sur convocation du Président et aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige, soit au siège social de cette dernière soit en tout autre endroit.

Les convocations sont effectuées par lettre simple (ou par mail) adressée aux membres du Conseil d'Administration au moins trois jours avant la date fixée pour la réunion. Si tous les membres du Conseil d'Administration sont présents, la réunion du Conseil d'Administration peut avoir lieu sans convocation.

L'ordre du jour est dressé par le président ou à défaut par l'autre membre du Conseil d'Administration. Il peut n'être fixé qu'au moment de la réunion.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres du Conseil d'Administration. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Les délibérations des membres du Conseil d'Administration sont constatées par des procès-verbaux établis sur un registre spécial et signé du président et du trésorier qui en délivrent ensemble ou séparément tout extrait ou copie.

Article 13 - Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association dans les limites de l'objet social et des pouvoirs attribués par les statuts à l'Assemblée Générale.

Il statue notamment sur les exclusions de membres.

Il fixe le montant de la cotisation annuelle due par le(s) membre(s) fondateur(s).

Il fixe l'ordre du jour et les résolutions à présenter à l'Assemblée Générale.

Article 14 - Pouvoirs du président de l'Association

Le président est chargé d'exécuter les décisions du Conseil d'Administration, d'ordonner les dépenses et d'assurer le fonctionnement de l'Association.

Il représente l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il convoque le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale.

Il présente à l'Assemblée Générale le rapport prévu par l'article L612-5 du code de commerce.

Il préside le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale.

Le président peut déléguer par écrit tout ou partie de ses pouvoirs et/ou sa signature à toute personne.

Article 15 - Pouvoirs du Trésorier de l'Association

Le trésorier établit ou fait établir sous son contrôle, les comptes annuels de l'Association. Il procède ou fait procéder à l'appel annuel de la cotisation de(s) membre(s) fondateur(s).

Il établit ou fait établir le rapport financier qui est présenté à l'Assemblée Générale avec les comptes annuels.

Il procède au paiement des dépenses ordonnancées par le président et procède à l'encaissement des recettes.

Il est habilité à ouvrir et à faire fonctionner, dans tous établissements de crédit ou financiers, tous comptes et tous livrets d'épargne.

CHAPITRE 5 - RESSOURCES ET APPORTS

Article 16 - Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- de la cotisation versée par le ou les membres fondateurs ; ladite cotisation pouvant être versée en espèce ou en nature ;
- du produit de ses activités,
- des revenus des biens ou valeurs qu'elle possède,
- de dons ou subventions,
- de toute autre ressource non interdite par la réglementation en vigueur.

Article 17 - Apports

En cas d'apport à l'association de biens meubles ou immeubles, le droit de reprise de l'apporteur s'exerce conformément aux dispositions prévues par les conventions conclues avec l'association.

Article 18 - Cotisation

Seuls le ou les membres fondateurs sont tenus au versement d'une cotisation annuelle dont le montant et les modalités sont fixés par le Conseil d'administration.

CHAPITRE 6 - DISSOLUTION, LIQUIDATION

Article 19 - Dissolution

En cas de dissolution volontaire, statutaire ou forcée de l'Association, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs liquidateur(s) qui jouira (jouiront) des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, après reprise éventuelle des apports existants par les apporteurs ou leurs héritiers ou ayants droit connus.

Le produit net de la liquidation sera obligatoirement dévolu à un organisme à but non lucratif ayant une vocation sociale ou culturelle qui sera désigné par l'Assemblée Générale.

CHAPITRE 7 - REGLEMENT INTERIEUR

Article 20 - La direction de la mutuelle

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'Administration précisant et complétant, en tant que de besoin les dispositions statutaires relatives à l'Association.

ANNEXE 3 - Services Santéclair

Préambule

Santéclair est une société de services qui met à disposition des Membres Participants de MGAS et de ses ayants droit (ci-après dénommés bénéficiaires) un ensemble de services pour les aider à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire, l'audioprothèse et à mieux s'orienter dans le parcours de soins.

Ce service permet d'avoir accès à des réseaux, à une analyse et des conseils sur des devis émanant de professionnels de santé non-partenaires des réseaux, de nombreux services digitaux accessibles sur la plateforme MySantéclair, disponible sur l'espace adhérent MGAS.

Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair. Ils peuvent évoluer à tout moment. Santéclair - Société Anonyme au capital de 4 336 711 euros - ayant son siège au 7 Mail Pablo Picasso 44046 NANTES CEDEX Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

Article 1 - Accès à des réseaux

Les réseaux disponibles concernent les opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, cliniques de chirurgie réfractive de l'œil, diététiciennes, ostéopathes et chiropracteurs, présents sur le territoire métropolitain et départements d'outre-mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Les Bénéficiaires ont accès à une dispense d'avance de frais sur les dépenses prises en charge lorsqu'ils recourent aux professionnels de santé partenaires, sur présentation de leur attestation de tiers payant en fonction des garanties prévues par votre contrat de complémentaire santé. (Excepté pour les diététiciennes, ostéopathes, chiropracteurs et cliniques de chirurgie réfractive).

Un réseau plus de 3200 opticiens qui vous offre des tarifs préférentiels et des services privilégiés :

- Prix négociés sur les verres de 4 grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss et Zeiss).
- auprès des opticiens partenaires (en panier libre)
- Jusqu'à 20% de remise sur les montures du panier libre¹,
- Jusqu'à 15% de remise sur le para-optique²,
- Une garantie casse de 2 ans sur les montures et les verres (sous conditions à demander à l'opticien partenaire)³,
- Une offre 100% Santé packagée « Offreclair » avec des montures de qualité "Origine France Garantie" et des verres de grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss et Zeiss.), sans avance de frais avec le tiers payant
- Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les opticiens partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 30 centres de chirurgie réfractive partenaires :

Si vous êtes myope, astigmate, hypermétrope, vous pouvez avoir recours à la chirurgie réfractive. Pour cela, Santéclair met à votre

disposition les coordonnées des cliniques partenaires spécialisées dans ce domaine auprès desquelles :

- Vous trouvez des praticiens expérimentés,
- Vous pouvez bénéficier de technologies chirurgicales de pointe répondant à une charte qualité extrêmement précise,
- Vous bénéficiez également de tarifs privilégiés pour des actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et dont les tarifs sont libres. Tarifs négociés sur les différentes techniques auprès de 30 centres partenaires.

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les centres partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau dentaire de plus de 3 000 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes et de 90 cabinets spécialisés en implantologie orale qui propose :

- Des tarifs négociés auprès des chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair sur les prothèses, les implants ou encore l'orthodontie :
- Jusqu'à 30% d'économies sur certains actes d'implantologie⁵.
- Jusqu'à 40% d'économies sur les traitements d'orthodontie adulte par aligneurs⁵.

Le certificat de traçabilité de la prothèse sur simple demande du bénéficiaire.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais lors de la réalisation de prothèses dentaires ou de traitements d'orthodontie. Les chirurgiens-dentistes partenaires peuvent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de plus de 1 500 centres audioprothésistes pour bénéficier :

- Jusqu'à 35%* d'économies sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs⁶,
- D'une économie de 20 % sur les piles et accessoires,
- D'une période d'essai d'au moins un mois⁷, et d'une garantie panne de 4 ans⁷.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

1. Montures du panier libre d'une valeur supérieure à 30 € et allant jusqu'à 100€ : remise de 10% effectuée sur le prix affiché. Montures du panier libre d'une valeur supérieure à 100 € : remise de 20% effectuée sur le prix affiché.

2. Solaires sans correction, sauf conditions particulières en magasin.

3. Sur les montures et les verres du panier libre, valable une fois par élément. En cas de nouvelle casse, une franchise de 50% s'applique. Ne s'applique pas aux secondes paires. Cette garantie exclut les motifs suivants : rayures, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit.

5. Par rapport aux prix moyens habituellement pratiqués hors réseau Santéclair. Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier au 31 décembre 2022. Comparaison à actes et matériaux strictement identiques. (***) Par rapport aux prix moyens du

semestre d'orthodontie invisible par aligneurs toutes durées de traitement confondues. Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er avril 2022 au 30 juin 2022.

6. Par rapport aux tarifs habituellement pratiqués hors réseau Santéclair à référence strictement identique (appareils auditifs de classe II). Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier 2020 au 31 octobre 2020. Comparaison portant sur les

40 références d'appareils les plus vendues. Le pourcentage de réduction varie selon les références d'appareils. Etude disponible sur demande.

7. Vous bénéficiez d'une période d'essai gratuite d'au moins 30 jours en situation de vie courante avant toute confirmation d'achat. En cas de panne de l'appareil auditif dans les 4 ans suivant l'achat, l'appareil auditif est réparé ou échangé (à l'identique ou équivalent) si celui-ci ne peut être réparé, sans franchise.

Un réseau de 390 diététiciennes qui propose :

Des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix pratiqués par un échantillon de professionnels de la santé référencés par Santéclair n'appartenant pas au réseau. Etude réalisée en mars 2022 par Santéclair comparant les prix pratiqués par les professionnels partenaires du réseau aux prix pratiqués par cet échantillon.

Un réseau de 370 ostéopathes et chiropracteurs partenaires :

Des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix pratiqués par un échantillon de professionnels de la santé référencés par Santéclair n'appartenant pas au réseau. Etude réalisée en mars 2022 par Santéclair comparant les prix pratiqués par les professionnels partenaires du réseau aux prix pratiqués par cet échantillon.

Article 2 - Analyse de devis

Santéclair propose son service d'analyse de devis conseil.

Ce service permet de vérifier que la dépense en optique, en dentaire, en audioprothèse et en honoraires chirurgicaux est adaptée aux besoins des bénéficiaires tout en payant le juste prix. Sur simple demande, les conseillers Santéclair font l'analyse à partir du devis écrit et détaillé émis par le praticien que vous avez choisi.

Cet avis vous est donné sous 72 heures, soit par courrier soit par téléphone et depuis la plateforme sécurisée MySantéclair selon le résultat de l'analyse de devis et le conseil qui peut être apporté en toute autonomie et en temps réel en dentaire.

Article 3 - Services digitaux

Santéclair propose également de nombreux services digitaux accessibles depuis la plateforme MySantéclair mises à disposition des bénéficiaires dans l'espace adhérent MGAS :

- **Trouver un professionnel de la santé** : l'outil de géolocalisation des professionnels de la santé partenaires Santéclair (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, diététiciennes et centres de chirurgie réfractive, ostéopathes et chiropracteurs). Ce service permet également de trouver des médecins ou paramédicaux, de prendre rendez-vous en ligne ou par téléphone et d'accéder à différentes informations (niveau de conventionnement, tarif...).
- **Téléconsultation*** : pour entrer directement en contact avec un médecin généraliste ou spécialiste 7j/7 et 24h/24 et avoir la possibilité d'obtenir une ordonnance. Bénéficiez de téléconsultations sans limite de nombre et sans frais incluse dans votre contrat.
- Attention, ce service n'est pas un service d'urgence, en cas d'urgence contacter le 15 (depuis la France) ou le 112 (numéro d'urgence européen).
- **Palmarès des meilleurs établissements hospitaliers*** : plus de 80 disciplines dont 52 chirurgicales. Accédez à

différents critères pour effectuer le choix de votre hôpital de manière objective : qualité des établissements, éloignement géographique et estimation du niveau de dépassement d'honoraires.

- **Coaching nutrition*** : Pour perdre du poids, manger plus sainement ou encore retrouver de meilleures habitudes alimentaires, le coaching Nutrition propose de se réapproprié nos sensations alimentaires (corporelles) et de prendre du recul face à nos émotions avec un apprentissage alimentaire naturel, un accompagnement par des coachs psychologues et nutritionnistes et un programme de coaching sportif sur mesure.
- **Coaching sommeil*** : ce programme permet de retrouver naturellement en 3 mois le sommeil par le biais des techniques de relaxation, de gestion émotionnelle et d'activités comportementales et cognitives. Vous serez accompagné(e) par des psychologues, joignables par téléphone, e-mail, ou chat qui personnalisent le programme selon vos besoins et difficultés.
- **Deuxième avis*** : accès à un service d'expertise médicale permettant un deuxième avis suite au diagnostic de plus de 650 pathologies couvertes : problèmes orthopédiques, cardiovasculaires, l'endométrie, l'infertilité, la cancérologie... Une nouvelle analyse de votre diagnostic par un médecin spécialiste de votre maladie à partir de votre dossier médical vous est envoyée sous 7 jours maximum.
- **Analyse de symptômes et d'orientation*** : bénéficiez d'un outil pensé et validé par des médecins pour obtenir rapidement un avis sur vos symptômes et être guidé dans la prise en charge. Attention, ce service n'est pas un service d'urgence, en cas d'urgence contacter le 15 (depuis la France) ou le 112 (numéro d'urgence européen)
- **Automédication** : Soignez-vous en toute sécurité avec près de 1 800 médicaments référencés et notés selon leur efficacité et leur tolérance. Accédez à des fiches conseils et au prix moyen de vente en pharmacie.
- **Infirmières à domicile*** : Mise en relation rapide en ligne auprès d'infirmières à domicile pour tous types de soins.
- **Partenariat centres d'ophtalmologie** : Accédez à 64 centres à travers la France (maillage en constante évolution). Obtenez un RDV sous 48h: dans 75% des cas (relevé effectué le 21/06/2021), les centres partenaires proposent un rdv en moins de 48h.

* Le service de téléconsultation est proposé par Santéclair, en partenariat avec Qare, SAS au capital de 23 346 240 €, 36 avenue Pierre 1er de Serbie, 75008 Paris, RCS de Paris n° 823 634 910. Téléconsultation sans frais en dehors de la participation forfaitaire le cas échéant d'un euro déduite sur vos prochains remboursements effectués par l'Assurance Maladie.

* Le service de classement hospitalier est proposé par Santéclair, en partenariat avec SEBDO (Société d'exploitation de l'hebdomadaire Le Point), 1 boulevard Victor - 75015 Paris, SA au capital de 10 100 160 €, RCS de Paris n° 312 408 784.

* Le service de coaching nutrition est proposé par Santéclair, en partenariat avec META-COACHING, 65 Rue Saint Charles à 75015 Paris, SAS au capital de 362 799 €, RCS de Paris N° B 513 782 003.

* Le service de coaching sommeil est proposé par Santéclair, en partenariat avec META-COACHING, 65 Rue Saint Charles à 75015 Paris, SAS au capital de 362 799 €, RCS de Paris N° B 513 782 003.

* Le service de deuxième avis médical est proposé par Santéclair, en partenariat avec CARIANS : 1 boulevard Pasteur, 75015 Paris, SAS au capital de 109 230 €, inscrit au RCS de Paris sous le n° 803 657 717.

* Le service d'analyse de symptômes et d'orientation est proposé par Santéclair, en partenariat avec ADA HEALTH GMBH, société de droit allemand, Karl-Liebkecht-Str . 1,10178 Berlin Germany.

* Le service d'infirmières à domicile est proposé par Santéclair, en partenariat avec HELLOSANTE : 11 Boulevard Delessert, 75016 PARIS, SAS au capital de 5 705,81 €, RCS de Paris sous le N° 813 995 313.

ANNEXE 4 - MGAS Assistance

CONVENTION D'ASSISTANCE SANTE À DOMICILE

Contrat d'assurance pour l'assistance entre IMA ASSURANCES et MGAS

Préambule

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux adhérents de la MGAS des garanties d'assistance à domicile.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des Assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest 75436 PARIS CEDEX 09.

CHAPITRE 1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE À DOMICILE

Article 1 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance à domicile s'appliquent en cas :

- D'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- D'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- De chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- De survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- De survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie,
- D'évènement traumatisant,
- De séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement,
- De mutation professionnelle,
- Lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé,
- En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé,
- En cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible de l'aidant entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,

Dans les conditions spécifiées à chaque article.

Article 2 - Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05 49 34 81 11.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention habituelle de personnes, telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

2.1 Délai de demande d'assistance

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-après.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 9 à 15, doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue aux articles 8, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile ou la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8^{ème} jour après la sortie d'une hospitalisation programmée, la garantie est alors plafonnée à 2 jours.

Pour les garanties décrites à l'article 60 « GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE DE L'AIDANT » la demande d'assistance doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'immobilisation au domicile ou la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.

2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères, ...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Polynésie française, Saint Pierre et Miquelon, îles Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy et Nouvelle Calédonie). Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes:

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine,
- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

Article 3 - Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...). De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

CHAPITRE 2 - GARANTIES DES LA SOUSCRIPTION

Article 4 - Conseil social

IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

Article 5 - Informations juridiques

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger.

Article 6 - Informations médicales

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

Article 7 - Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

CHAPITRE 3 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Article 8 - Aide-ménagère

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

OU

- Une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder

- en cas d'immobilisation imprévue tel que défini ci-dessus : 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours,
- en cas d'hospitalisation imprévue tel que défini ci-dessus : 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours,
- en cas d'hospitalisation programmée tel que défini ci-dessus : 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours,
- en cas de chirurgie ambulatoire tel que défini ci-dessus : 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Article 9 - Présence d'un proche

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique. IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

Article 10 - Services de proximité

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU Une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période de maximale de 10 jours.

Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. **La garantie est limitée à une livraison par évènement.** Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

Portage d'espèces

- Le transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai de 30 jours.

Livraison de courses

La livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint a besoin de soin de coiffure. **La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.**

Article 11 - Transfert convalescence chez un proche

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller - retour.

Article 12 - Transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

Article 13 - Prise en charge des animaux domestiques

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

IMA ASSURANCES prend en charge sur justificatif l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ou
- La garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter », ou
- La garde de l'animal chez un « pet sitter »

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 € par jour, jusqu'à 300 € TTC maximum en cas d'hospitalisation imprévue et jusqu'à 150 € TTC maximum en cas d'hospitalisation programmée, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif la garantie suivante :

- La promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 300 € TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

Article 14 - Fermeture du domicile quitté en urgence

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- La fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- La fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- Le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Article 15 - Préparation du retour au domicile

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses. Le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date

de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

CHAPITRE 4 - GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

Article 16 - Soutien psychologique

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

- **Jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,**
- **Et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.**

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

CHAPITRE 5 - GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Les conditions d'application des garanties d'assistance Domicile prévues à l'article 1 s'appliquent aux garanties ci-dessous.

Article 17 - Prise en charge des enfants (de moins de 18 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant,
- OU Une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche :

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1ère classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

- Le transfert des enfants :

Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, par train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- La garde des enfants :

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Article 18 - Garde des frères et sœurs (enfant accidenté ou malade)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- Le déplacement aller - retour d'un proche,
- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Article 19 - Remplaçante de garde d'enfants

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Article 20 - Conduite à l'école et retour au domicile des enfants

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un **aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.**

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

Article 21 - Conduite aux activités extrascolaires

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant :

- Une nuit et entraînant une immobilisation au domicile.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 2 semaines.

Article 22 - Soutien scolaire en ligne (enfant accidenté ou malade)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES prend en charge l'accès à un site de cours en ligne.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **sur une durée de 3 mois.**

Article 23 - Soutien scolaire chez un proche

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche éloigné géographiquement de l'école empêchant la poursuite des cours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile du proche, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, **jusqu'à 3 heures par jour par foyer.**

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation sur une période maximale de 2 semaines.

Article 24 - Aide aux devoirs

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- Une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.**

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 2 semaines.

CHAPITRE 6 - GARANTIES EN CAS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, TRITHERAPIE, QUADRITHERAPIE OU CURIETHERAPIE

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA ASSURANCES met à la disposition de l'adhérent ou de son conjoint une aide-ménagère. Cette garantie est accordée **pendant la durée du traitement, dans la limite de 20 heures, selon la situation.**

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 18 ans et à la prise en charge des ascendants ou des personnes dépendantes vivant au domicile sont également applicables.

CHAPITRE 7 - GARANTIES LIEES A LA MATERNITE

Article 25 - Aide à domicile

Les garanties sont acquises :

- En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25ème semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32ème semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés ;

Article 26 - Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'Age)

Les garanties sont acquises :

- en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25ème semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32ème semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche : Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1ère classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.
- Le transfert des enfants : Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- La garde des enfants : Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué

par IMA ASSURANCES selon la situation et **ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.**

Article 27 - Informations médicales naissance

Pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant (adoption comprise)

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : grossesse, examens à effectuer, médicaments proscrits, alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations ...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

La garantie est accessible **jusqu'aux 3 ans de l'enfant.**

CHAPITRE 8 – PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche : Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.
- Le transfert des ascendants chez un proche : Le déplacement aller - retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
- La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué **est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.**

CHAPITRE 9 - TELEASSISTANCE

En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU, en cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU, en cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU, en cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 24 heures de l'adhérent âgé de 75 ans et plus,

IMA ASSURANCES prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, **pour une durée maximale de 90 jours.**

Les frais d'accès au service comprennent :

- L'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- Si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- Si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

CHAPITRE 10 - EN CAS DE MUTATION PROFESSIONNELLE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Article 28 - Aide à la recherche d'un emploi d'un conjoint

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent.

IMA ASSURANCES met en place un accompagnement individualisé dans la recherche d'un nouvel emploi.

Cette aide proposée par IMA ASSURANCES comprend notamment la mise en ligne du CV, l'accès à des offres ciblées, le développement d'une démarche d'accompagnement individualisée.

Le suivi sera réalisé sur une période de 90 jours.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

Article 29 - Aide au déménagement

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le **prix du déménagement reste à la charge de l'adhérent.**

Article 30 - Nettoyage du domicile quitté

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté **dans la limite de 500 € sur une période de 30 jours suivant le déménagement.**

La garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'événement.

CHAPITRE 11 – GARANTIES AIDE AUX AIDANTS

Article 31 - Bilan personnalisé

BILAN PERSONNALISE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan personnalisé réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

- Réalisation d'un diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance
 - Aide à la réflexion et à la décision
 - Envoi d'une note de synthèse
- Si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement. Cette garantie est limitée à 2 bilans sur 12 mois.

À l'issue de ce bilan et si la situation le nécessite, deux accompagnements complémentaires sont mis en place parmi la liste de garanties ci-dessous :

- Nutrition prévention santé
- Bilan situationnel au téléphone par un ergothérapeute
- Bilan mobilité
- Accompagnement budgétaire
- Soutien psy

NUTRITION PREVENTION SANTE

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés, plus particulièrement :

- pour prévenir les risques liés à l'alimentation : dénutrition, problèmes de déglutition, de mastication...
- des conseils et des réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires chez les personnes dépendantes et le maintien du plaisir de manger...

Un bilan nutritionnel peut être réalisé, à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

BILAN SITUATIONNEL AU TÉLÉPHONE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute.

Cette garantie prend en compte l'évaluation à distance de la situation de la personne dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule,...), ne nécessitant pas une intervention sur site.

Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de la personne : personne en situation de fragilité, sortie d'hospitalisation, de SRR (soins de suite et de réadaptation), immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'aidant...

- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.

Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales...).

À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts... pour permettre la mise en œuvre effective.

Cette prestation répond à la problématique du bénéficiaire direct et à celle de ses aidants non professionnels à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social

BILAN MOBILITÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan pour le binôme aidant/aidé une fois sur une période de 12 mois.

Cette garantie effectuée par un éducateur en activité physique adaptée prend en compte :

- Un bilan d'1h30 au domicile du bénéficiaire avec notamment des propositions d'exercices à faire chez soi pour préserver son capital santé, un bilan des capacités d'équilibre et de marche pour l'aidé ou l'évaluation des capacités physiques générales...
- Un accès illimité à des cours collectifs pendant un trimestre

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

ACCOMPAGNEMENT BUDGETAIRE

IMA ASSURANCES propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

- Jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- Et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 24h sur 24.

Article 32 - Formation de l'aidant en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile (2 interventions de 2h) afin de faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

L'étude de l'organisation du quotidien,

- L'aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),
- L'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques,
- L'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs de type démence, cérébro-lésion (aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement...).
- Des conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide harmonieuse

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

Article 33 - Garanties maintien a domicile proposées en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé

BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain,...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignnant et illustrant les solutions proposées pour permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements,

croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette garantie répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE (Hors DROM)

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES se met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par événement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

TÉLÉASSISTANCE

IMA ASSURANCES prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de télalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,

- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

Article 34 - **Garanties maintien à domicile proposées en cas d'installation de l'aide chez l'aidant ou de l'aidant chez l'aidé**

BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain,...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignait et illustrant les solutions proposées pour permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette prestation répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE (hors DROM)

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES se met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,

- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),

- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,

- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par événement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'événement.

Article 35 - **Garanties en cas de non maintien au domicile**

AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'événement.

Article 36 - **Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue de l'aidant**

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'aidant,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'aidant.

IMA ASSURANCES, organise et prend en charge sur une durée maximum de 30 jours les garanties suivantes :

AUXILIAIRE DE VIE OU AIDE À DOMICILE

- La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors week-end et jours fériés),

ou

- La venue d'une aide à domicile, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé).

LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE

- Le transport aller - retour en train ou en avion d'un proche en France par train 1ère classe ou avion classe économique, ou
- Le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros aller / retour.

LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une période maximale de 30 jours la recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à 1 livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

GARANTIES EN CAS DE BESOIN DE REPIT DE L'AIDANT

ENVELOPPE DE SERVICES

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, IMA ASSURANCES met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services de 50 unités de consommation sur une période de 12 mois.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

L'utilisation des unités ne pourra être modifiée dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité en annexe

Article 37 - Site internet ma santé au quotidien

IMA ASSURANCES met à disposition de l'adhérent un site Internet accessible à partir de l'adresse :

<https://mgas.ima-sante.com> via un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7. Lors de la première connexion, il sera demandé le nom, prénom et numéro de l'adhérent.

SERVICE DIGITAUX D'AIDE A LA GESTION DE SA SANTÉ

Le site propose :

- Une information générale sur les garanties d'assistance et la possibilité de réaliser une demande en ligne,
- Des conseils prévention et santé
- L'accès à des professionnels de santé, avec la prise de rendez-vous en ligne.

CHAPITRE 12 - EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

Article 38 - Fausse déclaration

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti, entraîne la perte du droit à garantie. Il appartient à IMA ASSURANCES d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

Article 39 - Force majeure

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Article 40 - Exclusions

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DOMICILE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- **Dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,**
- **Liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,**
- **Liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.**

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

CHAPITRE 13 - VIE DU CONTRAT

Article 41 - Durée des garanties

La période de validité du contrat santé souscrit par l'adhérent auprès de la MGAS.

Article 42 - Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de MGAS pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par la MGAS auprès d'IMA ASSURANCES.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

Article 43 - Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

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

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- **La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires,**
- **La demande en justice, même en référé,**
- **Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.**

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code Civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 44 - Protection des données personnelles

La MGAS, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 301 475, et dont le siège social est 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, en qualité de Responsable de Traitement pour l'assistance santé d'une part et, IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, Responsable de Traitement des données personnelles pour le programme IMA S@nté d'autre part, collectent les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat ;

et pour le programme IMA S@nté, des données relatives aux habitudes de vie, à la condition physique et la santé aux fins de mise en œuvre du programme d'accompagnement personnalisé pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par la MGAS et IMA ASSURANCES pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de la MGAS chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de la MGAS chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Celles nécessaires à la mise en œuvre du programme IMA S@nté sont susceptibles d'être transmises à ses partenaires intervenant dans la mise en œuvre des services auxquels le bénéficiaire a droit. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail ainsi qu'à la société SHARECARE, sous forme anonymisée, aux fins d'études statistiques. Les données ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales. Les données enregistrées sur l'espace personnel digitalisé (agenda, carnet de vaccination...) ne sont accessibles à personne, à l'exception des administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques. Les données du programme IMA S@nté sont conservées chez un hébergeur de données de santé agréé par l'ASIP (la société NETPLUS) pour toute la durée du contrat ; elles sont ensuite archivées pendant la durée de la prescription.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de la MGAS, 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, pour l'assistance et d'IMA ASSURANCES : dpo@ima.eu pour le programme IMA Santé. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité auprès de la MGAS : 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15 pour l'assistance santé et d'IMA ASSURANCES pour le programme IMA S@nté, aux coordonnées suivantes : Délégué à la Protection des Données Personnelles - Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 Niort - dpo@ima.eu.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des

données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

Article 45 - Réclamation et médiation

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ADHÉRENT

Souscripteur du contrat d'assurance santé auprès de la mutuelle.

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :

- le changement de catégorie de l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

AIDANT

L'adhérent qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

Et/ou

Le proche qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie de l'adhérent et qui n'est pas salarié pour cette aide. IMA ASSURANCES n'interviendra que pour l'aide principal déclaré par la famille lors du premier appel.

AIDÉ

L'adhérent ou le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens, à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Toute personne domiciliée en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, adhérente à la MGAS, mais également son conjoint, ainsi que leurs enfants ou petits-enfants de moins de 18 ans ou handicapés sans limite d'âge et leurs ascendants fiscalement à leur charge et vivant sous leur toit.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement :

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

Pour l'assistance Aide Aux Aidants :

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France.

Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

FRANCE

Pour l'assistance à domicile :

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Polynésie française, Saint Pierre et Miquelon, îles Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy, Nouvelle Calédonie).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes

chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :
Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PERTE D'AUTONOMIE

Etat d'une personne qui relève des droits :

- à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE

- Conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin,
- Ascendants directs ou descendants directs,
- Frères, sœurs, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, beau-frère ou belle-sœur,
- Toute personne dont la perte d'autonomie nécessite la présence de l'aidant.
- Toute personne apportant une aide humaine à un adhérent en perte d'autonomie.

ANNEXE

**ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE BESOIN DE REPIT JUSTIFIE PAR UN CERTIFICAT MEDICAL,
PREVUE A L'ARTICLE 36**

Le décompte en unités correspond aux garanties suivantes :

ENVELOPPE DE SERVICES	UNITE DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Auxiliaire de vie	1 heure	2 unités
Petit jardinage	1 heure	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transfert de l'aidé chez un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	3 unités
Portage de repas	1 livraison	6 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Portage d'espèces	1 portage	4 unités
Garde de l'aidé (garde de nuit à domicile, accueil de jour ou plus en hébergement temporaire)	1 forfait de 200€ TTC pris en charge	10 unités

* Déplacement par train 1^{ère} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties.

En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous est transmise.

ANNEXE 5 - Assurance scolaire/étudiante

Notice d'information du contrat « Assurance scolaire/étudiante » - T 171 274.001 T - La sauvegarde

Le contrat « assurance scolaire/étudiante » numéro T 171 274.001 T est un contrat collectif souscrit par la MGAS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro de SIREN N° 784 301 475, 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, auprès de La Sauvegarde, société anonyme à directoire et conseil de surveillance. Entreprise régie par le Code des Assurances. Immatriculée au RCS de Paris sous le n°612 007 674. Siège social : 148 rue Anatole France - 92597 Levallois Perret Cedex. Il est soumis aux dispositions du Code des assurances.

Article 1 - Définitions

Accident : tout événement non intentionnel, soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée et constituant la cause du dommage.

Assuré : les enfants scolarisés Ayants droit des Membres Participants de la Mutuelle MGAS. Ces enfants doivent être âgés de moins de 29 ans et être déclarés comme Ayants droit.

Assureur (nous) : La Sauvegarde, société anonyme d'assurances, entreprise régie par le code des Assurances, dont le siège social est situé au 76, rue de Prony 75857 Paris Cedex 17 et immatriculée au RCS PARIS sous le numéro B 612 007 674. Dans la présente notice, le pronom personnel « nous » fait référence à l'assureur.

Dommage corporel : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

Dommage matériel : toute détérioration ou destruction d'une chose ou d'une substance, toute atteinte physique à des animaux.

Dommage immatériel : tout préjudice pécuniaire qui ne se traduit pas par une atteinte physique à un bien ou une personne, mais qui est consécutif ou non consécutif à un dommage matériel ou corporel couvert par le contrat.

Article 2 - Garanties

1. Responsabilité civile

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré (ou de son représentant légal civilement responsable pour les enfants mineurs ou majeurs protégés) peut encourir en raison des dommages corporels, matériels ou immatériels causés aux tiers, à l'occasion des activités suivantes et ce dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **La scolarité**, au sein d'un établissement scolaire ou universitaire situé en France y compris pour les activités organisées par l'établissement hors de ses murs,
- **Le baby-sitting**, lorsqu'il est exercé au domicile des parents de l'enfant gardé et en dehors de toute Association ou organisme spécialisé,
- **Le soutien scolaire** lorsqu'il est exercé de manière occasionnelle au domicile de l'élève et en dehors de toute Association ou organisme spécialisé,
- **Les stages en entreprises**, lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'une formation ou de la recherche d'un emploi et font l'objet de la signature d'une convention de stage,

- **L'aide bénévole occasionnelle**, lorsque l'assuré l'apporte à un tiers dans le cadre de la vie privée ou d'une tentative de sauvetage.

2. La garantie individuelle accident

Nous garantissons les assurés scolarisés en maternelle, dans le primaire, dans le secondaire et dans le supérieur pour les dommages corporels subis lors d'accidents survenus à l'occasion :

- D'une activité scolaire au sein de l'établissement ou à l'extérieur en cas de sortie organisée par l'établissement,
- Du trajet direct (aller ou retour) du domicile à l'établissement scolaire.

Sont assimilées à un accident et aussi garanties les conséquences corporelles d'une poliomyélite ou d'une méningite cérébro-spinale.

Les événements de type racket, vol avec violence et agression survenus au sein de l'établissement ou sur le trajet sont des accidents pris en charge au titre de cette garantie **sous condition d'un dépôt de plainte auprès des autorités de police**.

Au titre de cette garantie, nous indemnisons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- Le décès de l'assuré,
- L'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'assuré,
- Les frais médicaux engagés par l'assuré, consécutifs à l'événement garanti et restant à charge,
- La garantie de dommages aux biens.

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les dommages matériels résultant pour les biens suivants :

- Vêtements et objets personnels de l'assuré (à l'exception des tablettes, téléphones portables, Smartphones et baladeurs numériques),
- Cartable, fournitures scolaires et manuels scolaires,
- Instruments de musique et matériels de sports,
- Bicyclette lorsque celle-ci est utilisée comme moyen de transport pour se rendre dans l'établissement scolaire dans la limite d'un sinistre par année d'assurance.

3. La défense pénale et recours suite à accident garanti

Nous garantissons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **La défense de l'assuré** (ou de la personne civilement responsable de ce dernier) devant les juridictions répressives en cas de poursuite exercée à la suite d'un événement garanti par le contrat,
- **Le recours amiable ou judiciaire** pour l'indemnisation des dommages matériels, corporels et immatériels qui sont imputables à un tiers et s'ils résultent d'un événement garanti par le contrat.

4. La garantie de frais annexes

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les frais suivants dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **Les frais de cantine scolaire** payés d'avance non remboursés et non consommés,
- **Les frais engagés pour la garde** au domicile de l'assuré de moins de 16 ans,
- **Les frais de rattrapage scolaire.**

5. La garantie d'accompagnement psychologique

Lorsqu'un assuré est victime d'un traumatisme psychologique provoqué par un événement assuré, soit au titre de la responsabilité civile, soit au titre de la garantie individuelle accident, nous proposons un accompagnement psychologique qui peut se décliner sous les trois formes suivantes :

- **Accueil psychologique** : Nous mettons à votre disposition par un entretien téléphonique, une équipe de psychologues assistants destinés à vous apporter un soutien moral,
- **Consultation psychologique** : À l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assistant en pressent la nécessité, vous êtes orienté(e) vers l'un de nos psychologues cliniciens, pour une consultation par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes. Nous prenons en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone,
- **Suivi psychologique** : À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien, soit au cabinet d'un de nos psychologues cliniciens agréés proche de votre domicile ou, sur votre demande, auprès du psychologue de votre choix. Nous prenons en charge le coût des consultations. Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, nous vous remboursons sur justificatifs, 3 consultations dans la limite de 52 € par consultation.

Article 3 - Territorialité

L'ensemble des garanties s'exerce en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Toutefois pour les stages et les voyages scolaires, les garanties restent acquises dans le monde entier **si le stage ou le voyage n'excède pas 90 jours** consécutifs.

Article 4 - Capitaux, franchise et tarifs

1. Plafonds de garantie

Responsabilité civile

Dommmages corporels.....20 000 000 €
Dommmages matériels et
immatériels.....5 000 000 €

Individuelle accident

Décès.....18 000 €
Dommmages corporels
(AIPP⁽¹⁾).....35 000 €

Le montant de l'indemnité versée au titre des dommages corporels est calculé en multipliant le capital garanti par le taux d'AIPP. Toutefois lorsque le taux d'AIPP est supérieur ou égal à 75 % l'intégralité du capital est versée.

Frais de soins de santé restant à charge..... 3 000 €

Dommmages aux biens

Dommmages matériels.....300 €

Défense pénale et de recours

Plafond par sinistre.....25 000 €
Plusieurs sous-limites par juridiction ⁽²⁾

Frais annexes

Frais de cantine.....500 €
Frais de garde.....5 jours × 120 € / jour
Frais de rattrapage scolaire.....30 jours × 55 € / jour

Accompagnement psychologique

Suivi psychologique.....3 consultations × 52 €/consultation
Dommmages corporels.....20 000 000 €

2. Franchises et seuil d'intervention

Responsabilité civile

Franchise tous dommages.....150 €

Individuelle accident

Seuil d'intervention (AIPP⁽¹⁾).....5 %
Franchise frais de soins de santé.....25 €

Dommmages aux biens

Franchise dommages matériels.....25 €

Défense pénale et de recours

Seuil d'intervention.....500 €
Plusieurs sous-limites par juridiction ⁽²⁾

Frais annexes

Franchise frais de cantine.....10 jours
Franchise frais de garde.....2 jours
Seuil d'intervention.....10 jours d'absence

(1) AIPP : Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique. Le taux d'AIPP est déterminé par le Médecin conseil de l'assureur.

(2) Les honoraires comprennent les frais de fonctionnement (secrétariat, téléphone, photocopie...) et de déplacement, à l'exception des déplacements liés à une expertise pour lesquels une indemnité complémentaire sera réglée sur justification (indication du lieu de l'expertise) lorsque ladite expertise se déroulera dans un rayon supérieur à 30 kilomètres du cabinet de l'avocat.

Juridiction	Honoraire 2017 hors taxes
Cour d'Appel - Affaires déjà suivies en première instance - Affaires nouvelles	650 € par plaidoirie 750 € par plaidoirie
Tribunal Correctionnel ou de Police avec constitution de partie civile - Tribunal de Commerce ou par affaire - Tribunal Administratif - Tribunal des Affaires de la Sécurité sociale	600 € par plaidoirie ou par affaire
- Tribunal judiciaire - Juge de proximité - Juge de l'exécution - Commission d'indemnisation des victimes d'infractions - Médiation pénale	550 € par plaidoirie
- Tribunal Correctionnel ou de Police sans constitution de partie civile - Référé - Assistance à une instruction ou à une expertise, Juge de la mise en état - Commission de suspension du permis de conduire et autres commissions	450 € par plaidoirie
Cour d'Assises et Cour d'Assises des Mineurs	850 € par journée
- Transaction menée par l'avocat - Audience à suivre - Exécution forcée d'une décision judiciaire	100 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée
- Fourniture de PV et démarches diverses auprès du Parquet ou du Greffe - Appel ou opposition en matière pénale - Consultation orale au profit d'un sociétaire à la demande expresse de la compagnie	120 €
Cour de Cassation/Conseil d'État	2 000 € par affaire

Article 5 - Exclusions

Nous ne garantissons pas les dommages subis ou occasionnés résultant :

- De l'exercice d'une activité professionnelle, d'une fonction élective ou syndicale, d'une fonction de dirigeant d'Association,
- De l'utilisation d'appareils de navigation aérienne soumis à l'obligation d'assurance sauf lors des vols réguliers de compagnies habilitées,
- De la pratique de la navigation de plaisance sur des bateaux, engins nautiques à voile ou à moteur, y compris lors des opérations d'embarquement et de débarquement,
- De la propriété ou de l'utilisation de véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance,
- De la propriété ou de la détention d'un chien,
- De l'usage d'armes à feu ou à air comprimé, d'explosifs,
- D'un acte de chasse,
- De toute activité physique ou sportive exercée dans le cadre d'un club, groupement ou Association lorsque cette activité est soumise à une obligation d'assurance,
- De l'organisation et de la préparation à toutes épreuves, concours, courses ou compétitions nécessitant une autorisation administrative préalable ou soumises à une autorisation d'assurance,
- De la transmission de maladie sauf poliomyélite ou méningite cérébrospinale,
- D'une guerre civile ou étrangère,
- De la participation à un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- Du fait intentionnel de l'assuré ou commis avec sa complicité.

Article 6 - Sinistres

1. Déclaration

Comment déclarer un sinistre ?

- Par courrier à MGAS - 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15
- Par téléphone au 01 44 10 55 55
- Par e-mail depuis l'espace adhérent MGAS (mgas.fr)

En cas de sinistre l'Assuré doit toujours :

- Transmettre à l'Assureur, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés,
- Déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre susceptible de mettre en jeu la garantie du contrat : cette déclaration doit être adressée à l'Assureur au plus tard dans un délai de 15 jours ouvrés à compter de l'événement
- Indiquer dans la déclaration du sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans les plus brefs délais :
 - Le jour, l'heure, les circonstances et le lieu précis du sinistre,
 - Ses causes connues ou présumées,
 - La nature et le montant approximatif des dommages,
 - Le nom, qualité et adresse des personnes lésées, des tiers et des témoins,
 - Le nom des Assureurs avec lesquels une assurance a été contractée pour le même intérêt, contre le même risque ainsi que les sommes assurées,
 - Les coordonnées des autorités de Police ou de Gendarmerie ayant établi un rapport ou un procès-verbal du sinistre,
- En cas d'accident corporel subi par l'Assuré, transmettre toute information sur une indemnisation obtenue par ailleurs pour les frais de soins et tous les documents ou

renseignements utiles pour fixer le montant de l'indemnisation,

- Tout Assuré qui bénéficie des garanties Accidents Corporels doit se soumettre aux examens médicaux demandés par l'Assureur. Les effets du contrat risquent sinon d'être suspendus à son égard. À cette occasion, il doit déclarer au médecin désigné par l'Assureur tout accident et/ou maladie antérieure lui ayant laissé des séquelles physiologiques définitives.
- En cas de non-respect des obligations :
- Si, de bonne foi, l'Assuré ne remplit pas tout ou partie des obligations prévues au présent article et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur pourra lui réclamer une indemnité proportionnelle au dommage que ce manquement lui aura causé,
- Si, de mauvaise foi, l'Assuré exagère le montant des dommages, emploie sciemment comme justification des moyens frauduleux ou des documents inexacts, ne déclare pas l'existence d'autres assurances portant sur les mêmes risques, il sera entièrement déchu de tout droit à indemnité. Cette déchéance pourra s'appliquer quelle que soit la garantie du contrat concerné.

Le non-respect des délais de déclaration du sinistre entraîne la déchéance de tout droit à garantie si l'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard. Elle ne peut être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

2. Expertise médicale

Les causes du décès, la date de consolidation, la durée de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et le taux de l'Atteinte permanente à l'intégrité Physique et Psychique (AIPP) sont déterminés par le médecin expert de l'Assureur. En cas de désaccord sur l'existence, les causes et conséquences du sinistre, le différend peut être soumis à expertise :

- Chaque partie désigne un médecin. Si ceux-ci ne peuvent se mettre d'accord, ils désignent un 3^{ème} comme arbitre,
- Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du 3^{ème}, la désignation est effectuée à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande instance du domicile de la victime ; l'autre partie est alors avisée par lettre recommandée,
- Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et s'il y a lieu la moitié des honoraires du 3^{ème} médecin et des frais relatifs à sa nomination.

3. Action mettant en cause la responsabilité assurée par le contrat

Direction du procès

En cas d'action en justice mettant en cause une garantie assurée par ce contrat, l'Assureur intervient de la manière suivante, dans la limite de sa garantie :

- Devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, l'Assureur assume la défense de l'Assuré, dirige le procès et exerce toutes les voies de recours,
- Devant les juridictions pénales, l'Assureur a la faculté, avec l'accord de l'Assuré, de diriger sa défense.

À défaut, l'Assureur peut néanmoins s'y associer et diriger le procès quant aux seuls intérêts civils ; il peut alors exercer toutes les voies de recours, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'Assuré n'est plus susceptible d'être sanctionné pénalement. Dans le cas contraire, il ne peut les exercer qu'avec son accord.

Transaction

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant sans l'accord de l'assureur ne lui est opposable ; n'est cependant pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel ou le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir légal ou moral d'accomplir.

4. Modalités de gestion de la garantie Défense Pénale et Recours suite à accident

La gestion des sinistres est confiée à un service distinct exerçant uniquement le traitement de ces sinistres. En cas d'appel à un avocat ou à une autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour représenter l'assuré ou servir ses intérêts, l'assuré en a le libre choix. Toutefois, s'il le souhaite, et sur demande écrite de sa part, L'Assureur met un avocat à sa disposition. L'assuré doit obligatoirement être assisté ou représenté par un avocat dès que la partie adverse est défendue par l'un d'entre eux. En cas de conflit d'intérêt entre l'Assuré et l'Assureur, l'assuré a le droit de choisir un avocat ou une autre personne qualifiée pour l'assister. Les frais et honoraires de l'avocat sont réglés directement à l'Assuré sur présentation de facture acquittée. Cependant, à la demande de l'Assuré, les honoraires peuvent être réglés à son avocat si ce dernier bénéficie d'une délégation d'honoraires.

Lorsque l'Assuré a engagé des frais (honoraires, frais de procédure...) antérieurement à la déclaration du sinistre, l'Assureur accepte de procéder au règlement de ces frais dans la limite du plafond de garantie par sinistre indiqué sur l'attestation remise à l'assuré et du plafond de prise en charge des honoraires d'avocat, dès lors que l'Assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés. Le plafond de prise en charge des honoraires d'avocat est remis à l'Assuré sur sa demande. Si l'Assureur prend en charge les frais et honoraires des personnes qualifiées pour représenter l'Assuré ou servir ses intérêts devant une quelconque juridiction, les sommes recouvrées au titre des dépens restent acquises à l'Assureur, subrogé dans les droits de l'Assuré.

Les sommes recouvrées au titre de l'article 700 du code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions sont également acquises à l'Assureur, à concurrence des montants qu'il a exposés, mais elles serviront toutefois à rembourser prioritairement l'Assuré, s'il justifie du règlement de frais et honoraires complémentaires. Si un désaccord subsiste entre l'Assuré et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, l'Assuré a la possibilité :

- Soit de le soumettre à l'appréciation d'une tierce personne désignée par lui et habilitée par la législation ou la réglementation en vigueur à donner des conseils juridiques, ou à défaut désignée par le Président du Tribunal de Grande instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à la charge de l'Assureur dans la limite du plafond de garantie par sinistre indiqué aux Conditions Particulières.

Toutefois, le Président du Tribunal de Grande instance peut les mettre à la charge de l'Assuré s'il estime que la procédure a été mise en œuvre de façon abusive. Lorsque cette procédure est utilisée, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que l'Assuré est susceptible de faire jouer en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur,

- Soit d'engager ou de continuer seul, à ses frais, une procédure contentieuse. S'il obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée ci-dessus, l'Assureur lui remboursera, sur présentation des justificatifs, les frais et honoraires exposés pour l'exercice de cette action, dans les limites du plafond de prise en charge des honoraires d'avocat et du plafond de garantie par sinistre.

5. Règlement de l'indemnité

Les montants maxima des indemnités susceptibles d'être versées à la suite d'un sinistre sont indiqués au paragraphe III de la présente notice. Si les coûts des sinistres excèdent ces montants, les différences restent à la charge de l'Assuré ou de son représentant légal. Le paiement de l'indemnité intervient dans un délai de 30 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. Ce délai, en cas d'opposition, ne court qu'à partir du jour de la mainlevée. Pour les garanties Accidents Corporels le règlement sera versé :

- En cas de décès de l'Assuré, à son conjoint non séparé de corps ou de fait ou à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à défaut à son concubin, ou à défaut, à ses Ayants droit, soit directement, soit par l'intermédiaire du notaire chargé de la succession,
- Pour les autres garanties à l'Assuré lui-même ou à son représentant légal.

Article 7 - Dispositions diverses

Subrogation

En vertu de l'article L. 121-12 du code des Assurances, la subrogation permet à l'assureur d'agir à la place de l'assuré dans ses droits et actions contre tous les responsables des dommages dans la limite des indemnités réglées.

Prescription

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ne peut plus être présentée. Toute action dérivant du contrat est prescrite par 2 ans à dater de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où nous en avons eu connaissance,**
- **En cas de sinistre, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,**
- **Quand l'action de l'Assuré ou de son représentant légal contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.**

La prescription est portée à 10 ans au profit des bénéficiaires, Ayants droit de l'Assuré décédé, pour les garanties des Accidents Corporels. La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- **Citation en justice, même en référé,**
- **Actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,**
- **Reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après:**
- **Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,**
- **Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :**
- **De l'Assuré ou de son représentant légal à l'Assureur pour le règlement de l'indemnité après sinistre,**
- **De l'Assureur à l'Assuré ou de son représentant légal pour l'action en paiement de la cotisation.**

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre des procédures de conciliation ou de médiation prévues au contrat.

Réclamation et médiation

Si un différend persiste entre vous et nous, vous pouvez vous adresser :

- À notre Service Sociétaires - La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris Cedex 17,
- Ou à notre Médiateur : Monsieur le Médiateur de La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris Cedex 17.

ANNEXE 6 – Garanties Protection juridique

DISPOSITION GENERALE DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF N°788257, DE PROTECTION JURIDIQUE SOUSCRIT PAR LA MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES AUPRES DE ALLIANZ PROTECTION JURIDIQUE.

Siège social : Tour Allianz One - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris la Défense Cedex – 382 276 624 R.C.S. Nanterre ; Entreprise régie par le Code des assurances.

INFORMATIONS PRATIQUES :

Nous mettons à votre disposition un espace client dédié <https://mesdemarches.allianz.fr/mgas/> qui vous permet 24/24 et 7/7 :

- d'avoir accès à une base d'information juridique complète.
- d'effectuer vos démarches en ligne en téléchargeant des lettres-types et formulaires.
- sur simple appel téléphonique au 0978 978 097 (appel non surtaxé), de 8 heures à 20 heures, du lundi au samedi (hors jours fériés), vous bénéficiez également d'une mise en relation avec des juristes confirmés afin d'obtenir une information juridique relative aux domaines couverts par votre contrat. Ces informations sont fournies oralement et en l'absence de tout litige.
- de déclarer votre litige en indiquant les références de votre contrat (n°788257) :
 - en ligne <https://mesdemarches.allianz.fr/mgas/> via le formulaire de déclaration de litige
 - par courrier : Allianz Protection Juridique
Centre de Solution Client
TSA 63 301
92087 Paris La Défense Cedex
 - Téléphone : 0978 978 075 (appel non surtaxé).

CHAPITRE 1 - DEFINITIONS

Adhérent : Désigne la personne physique bénéficiant des prestations du souscripteur à laquelle elle a adhéré ainsi que, son conjoint non séparé de corps, son concubin notoire ou son partenaire signataire d'un Pacte Civil de Solidarité, ainsi que l'ensemble des personnes se trouvant fiscalement à sa charge.

Code : Désigne le Code des assurances.

Dépens : Désigne les frais de justice engendrés par le procès, dont le montant fait l'objet d'une tarification, soit par voie réglementaire, soit par décision judiciaire. Ils sont distincts des honoraires de l'avocat.

Fait générateur : Désigne le fait, l'événement ou la situation source du litige.
S'agissant d'une usurpation d'identité, le fait générateur est la fraude.

Indemnités des articles 700 du Code de procédure civile, 75-1 de la loi du 10 juillet 1991, articles 475-1 et 375 du Code de procédure pénale, article L 761-1 du Code de justice administrative et leurs équivalents devant des juridictions autres que françaises :

Ce sont des indemnités prévues par des textes de loi autorisant une juridiction à condamner la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre de frais exposés (principalement les honoraires d'avocat) et non compris dans les dépens.

Litige ou différend : Désigne toute réclamation ou désaccord qui oppose l'Adhérent à un Tiers, dont il est l'auteur ou le destinataire, ou toute poursuite engagée à son encontre ou qu'il souhaiterait engager à l'encontre d'un Tiers.

Nous : Désigne l'assureur :

PROTEXIA France, exerçant sous la dénomination commerciale Allianz Protection Juridique,

Entreprise régie par le Code des assurances - Société Anonyme au capital de 1 895 248 €,

Siège Social : Tour Allianz One - 1, cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris la Défense Cedex,

B382 276 624 RCS Nanterre – Tél. : 0978 978 075.

Prescription : Extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps.

Seuil d'intervention : Désigne l'enjeu financier du litige (hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes) à partir duquel nous intervenons.

Souscripteur : Désigne la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS),

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité - Numéro SIREN 784 301 475,

Siège social : 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15.

Tiers : Désigne toute personne autre que l'Adhérent, le Souscripteur et l'Assureur.

Usurpation d'identité :

Désigne le fait de prendre de façon définitive ou temporaire, l'identité d'une personne, dans le but :

- d'éviter de répondre à ses obligations passées, actuelles et futures,
- et/ou d'obtenir des droits auxquels l'usurpateur ne pourrait prétendre sous son identité réelle,
- et/ou nuire à une personne connue par l'auteur de l'usurpation.

Vous : Désigne la personne qui répond à la définition de l'Adhérent.

CHAPITRE 1 - PROTECTION JURIDIQUE - CONTRAT N°788257

Article 1 - Nos prestations

Lorsqu'un litige vous oppose à un tiers, y compris sur le plan amiable, dans le cadre de votre vie privée et lorsque l'action est opportune, nous intervenons exclusivement dans les domaines suivants – **sous réserve des exclusions prévues ci-après.**

- Nous vous informons sur vos droits et obligations et sur les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts,
- Nous vous conseillons sur la conduite à tenir et effectuons, le cas échéant et avec votre accord, les démarches amiables nécessaires,
- Si l'Assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, vous avez la liberté de le choisir (y compris en cas de conflits d'intérêt) ; si vous le souhaitez, nous pouvons vous mettre en relation avec un avocat que nous-même connaissons, sur demande écrite de votre part. De même, vous êtes informé que vous devez être assisté ou représenté par un avocat lorsque nous sommes ou vous êtes informé de ce que la partie adverse est défendue dans les mêmes conditions.

En cas de contentieux, la direction du procès, devant les tribunaux, vous appartient, conseillé par votre avocat. Durant cette procédure, nous restons à votre disposition et à celle de votre avocat pour vous apporter l'assistance dont vous auriez besoin.

Article 2 - Nos domaines d'intervention

Lorsqu'un litige vous oppose à un tiers, y compris sur le plan amiable, dans le cadre de votre vie privée et lorsque l'action est opportune, nous intervenons exclusivement dans les domaines suivants – sous réserve des exclusions prévues ci-après :

Protection Santé

Nous défendons vos intérêts pour tout litige consécutif à une erreur médicale, une omission ou un manquement à une obligation du professionnel de santé y compris en cas d'usage de médecines douces.

Protection Caisses, Prévoyance, Retraite

Nous défendons vos intérêts lorsqu'un litige vous oppose à un organisme social, de prévoyance ou de retraite.

Protection Données personnelles

Nous vous assistons pour vous renseigner, vous défendre en cas d'usurpation de votre identité ou vol de vos données personnelles dans le cadre de votre vie privée, par l'usage non autorisé des éléments d'identification de l'état civil vous concernant (adresse postale, pièce d'identité, relevé d'identité bancaire, numéro de sécurité sociale...) ou d'authentification (identifiant, login, mot de passe, adresse IP, adresse e-mail, empreinte digitale) par un tiers, dans le but de réaliser une action frauduleuse entraînant pour vous un préjudice.

Lorsqu'un litige vous oppose à un tiers, y compris sur le plan amiable, dans le cadre de votre vie privée et lorsque l'action est opportune, nous intervenons exclusivement dans les domaines suivants – **sous réserve des exclusions prévues ci-après :**

Protection Pénale

Nous défendons vos intérêts lorsque vous êtes victime d'une infraction pénale ou en cas d'atteinte à l'intégrité physique. Nous défendons vos intérêts lorsque vous êtes victime d'une infraction pénale ou en cas d'atteinte à l'intégrité physique.

2.3 Ce que Nous ne garantissons pas

Nous ne garantissons pas les litiges :

- **Mettant en cause votre responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou devrait l'être en vertu des dispositions législatives ou réglementaires,**
- **Résultant de faits dolosifs, frauduleux ou intentionnels de votre part, caractérisés par la volonté de provoquer un dommage avec la conscience des conséquences de votre acte, hormis le cas de légitime défense,**
- **Résultant de faits de guerre civile ou étrangère, de sabotage, d'émeutes ou de mouvements populaires,**
- **Résultant d'une activité créatrice de revenus autre que celle de salarié,**
- **Résultant de votre participation à une activité politique ou syndicale et à des conflits collectifs du travail,**
- **Résultant d'événements naturels catastrophiques ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral ou ministériel,**
- **Résultant de votre fonction de syndic bénévole,**
- **Résultant de votre activité de dirigeant statutaire d'une association,**
- **Relatifs au droit des personnes (livre 1 du Code civil), aux divorces, aux régimes matrimoniaux, aux successions et aux donations,**
- **Relatifs au Code de la route,**
- **Ayant pour origine l'état d'ivresse susceptible d'être sanctionné pénalement, ainsi que la prise de stupéfiants, de substances illicites ou médicamenteuses non prescrites par une autorité médicale compétente,**
- **Vous opposant au souscripteur.**

Article 3 - Les modalités d'application de vos garanties

10.1 Délai de carence

Néant

3.2 Ce que vous ne devez pas faire

Lorsque vous faites, de mauvaise foi, des déclarations inexactes ou incomplètes sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, vous êtes entièrement déchu de tout droit à notre garantie pour le litige considéré.

Article 4 - L'étendue géographique et dans le temps de vos garanties

11.1 Étendue géographique de vos garanties

Nos garanties vous sont acquises si votre litige relève de la compétence d'un tribunal de l'un des états suivants : France (métropole et DROM-Départements et Régions d'Outre-Mer), autres états membres de l'Union Européenne, Andorre, Liechtenstein, Monaco, Saint-Marin, Suisse, Vatican et États-Unis. Dans les autres états et les COM (Collectivités d'Outre-Mer), notre intervention est limitée à la prise en charge du coût de la procédure judiciaire engagée par vous ou contre vous, à concurrence de 2 500 € T.T.C par litige.

11.2 Étendue dans le temps de vos garanties

Nous prenons en charge les litiges dont le fait générateur (faits, événements, situation source du litige) est postérieur à la date de prise d'effet de votre adhésion et antérieur à sa date de résiliation.

L'adhésion est conclue pour la période comprise entre sa date d'effet et la prochaine échéance du contrat, date à partir de laquelle il est reconduit automatiquement d'année en année, sauf résiliation par vous ou par nous.

Nous ne prenons pas en charge les litiges dont le fait générateur (faits, événements, situation source du litige) est antérieur à la date d'effet de vos garanties sauf si vous nous apportez la preuve que vous ne pouviez avoir connaissance de ce fait avant cette date.

Article 5 - Les modalités de prise en charge de vos garanties

12.1 Ce que nous prenons en charge, dans la limite des montants garantis

- En phase amiable : les frais et honoraires éventuels des auxiliaires de justice et des experts, s'ils ont été engagés avec notre accord préalable (sauf mesures conservatoires urgentes),
- En phase judiciaire : les frais et honoraires des auxiliaires de justice et les dépens, si les modalités d'application de vos garanties ont été respectées (cf. Article 3).

Toutefois, nous ne prenons pas en charge les dépens si vous succomez à l'action et que vous êtes condamné à les rembourser à votre adversaire.

12.1.1 Frais et honoraires d'avocat

Si l'assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, **vous avez la liberté de son choix**. Sur demande écrite de votre part, nous pouvons vous mettre en relation avec un avocat que nous connaissons. Nous réglerons les frais et honoraires de votre avocat selon les montants T.T.C. indiqués ci-après et ce pour chaque assistance à mesure d'instruction ou expertise, protocole de transaction, décision de justice.

Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement etc.), la préparation du dossier et la plaidoirie éventuelle.

Ils constituent la limite de notre prise en charge même si vous changez d'avocat.

MONTANT de prise en charge des frais et honoraires de votre avocat (en euros et TTC) :

Rédaction de dire / Transmission de PV	80€
Protocole de transaction, arbitrage, médiation pénale et civile	500€
Démarches amiables	350€
Assistance à mesure d'instruction ou d'expertise	350€
Commissions	350€
Référé et juge de l'exécution	500€
Tribunal de Police :	
* sans constitution de partie civile	400€
* avec constitution de partie civile et 5 ^{ème} classe	600€
Tribunal Correctionnel :	
* sans constitution de partie civile	700€
* avec constitution de partie civile	800€
Tribunal d'instance	800€
CIVI (Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction)	800€
Tribunal de Grande Instance, de Commerce, Tribunal Administratif, Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale	1 200€
Cour d'Appel	1 200€
Cour d'Assises	2 000€
Cour de Cassation, Conseil d'État, Juridictions européennes	2 000€

12.1.2 Plafonds et seuil minimal d'intervention (en euros et TTC)

Plafond de la garantie par litige :	20 000 €
Plafond d'expertise amiable :	1 000 €
Plafond d'expertise judiciaire :	6 000 €
Seuil minimal d'intervention en recours (amiable et judiciaire) :	230 €

12.2 Ce que nous ne prenons pas en charge

1. Toute somme suivante que vous pouvez être condamné à payer : condamnation en principal, amende, dommages et intérêts, dépens (si vous succomez à l'action judiciaire et êtes condamné à les rembourser à l'adversaire), indemnités allouées en vertu de l'article 700 du Code de procédure civile et ses équivalents.

2. Tous frais et honoraires engendrés par une initiative prise sans notre accord préalable, sauf mesure conservatoire urgente.

3. Les droits proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier par un huissier de justice.

4. Tout honoraire de résultat.

5. Les frais résultant de la rédaction d'actes.

Attention

Il vous revient de nous communiquer tous renseignements, documents et justificatifs prouvant la réalité de votre préjudice. **À défaut, nous ne pourrions instruire votre dossier. Nous ne prendrons pas en charge les éventuels frais exposés par vous et destinés à apporter ces éléments de preuve de votre préjudice, sauf accord préalable de notre part.**

Article 6 - La déclaration de vos autres assurances

Si les risques que nous garantissons par votre contrat sont (ou viennent à être) assurés en tout ou partie auprès d'un autre assureur, vous devez nous en informer immédiatement et nous indiquer les sommes assurées.

Si vous avez contracté, sans fraude, plusieurs assurances pour un même risque, vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'assureur de votre choix, dans les limites de garanties prévues au contrat.

Important

Si plusieurs assurances contre un même risque sont souscrites de façon frauduleuse ou dolosive, la nullité des contrats peut être prononcée et des dommages et intérêts peuvent être demandés (Art. L. 121-3 du Code des assurances, 1er alinéa).

Article 7 - La subrogation

En vertu des dispositions de l'article L 121-12 du Code des assurances, Nous nous substituons à vous dans vos droits et actions pour le recouvrement des sommes qui vous sont allouées au titre des dépens et des indemnités versées au titre des articles 700 du Code de procédure civile, 475-1 et 375 du Code de procédure pénale, L 761-1 du Code de justice administrative et 75-1 de la loi du 10 juillet 1991 (ou leurs équivalents devant des juridictions autres que françaises), à concurrence des sommes que nous avons payées et après vous avoir prioritairement désintéressé si des frais et honoraires sont restés à votre charge.

Article 8 - La prescription

La prescription est le délai au-delà duquel les contractants ne peuvent plus faire reconnaître leurs droits.

Toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances:

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, Nous vous invitons à consulter le site Officiel

« www.legifrance.gouv.fr ».

Article 9 - Que faire en cas de désaccord entre vous et nous ?

En vertu des dispositions de l'article L127-4 du Code des assurances, en cas de désaccord entre **vous et nous** au sujet des mesures à prendre pour régler le litige garanti, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement si vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Article 10 - Que faire en cas de conflit d'intérêts ?

Dès que vous nous avez déclaré votre litige, vous avez la liberté de faire appel à un avocat de votre choix (ou à toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur) si vous estimez que peut survenir un conflit d'intérêts entre vous et nous (par exemple si nous sommes amenés à défendre simultanément vos intérêts et ceux de la personne contre laquelle vous nous avez demandé d'exercer votre recours). Dans cette éventualité, nous prenons en charge les frais et honoraires de votre avocat dans la limite de ce qui est prévu à l'Article 5.1.1.

Article 11 - L'examen de vos réclamations

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel auprès d'Allianz Protection Juridique.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz Protection Juridique
Service Client
TSA 63301
92087 Paris la Défense Cedex
Courriel : qualite.protection-juridique@allianz.fr

Vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement indiquées ci-dessus ? Vous pouvez faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : www.mediation-assurance.org ou LMA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Vous avez toujours la possibilité de mener toutes autres actions légales.

Article 12 - Informatique et libertés

Attention : Les communications téléphoniques avec les services d'Allianz Protection Juridique peuvent faire l'objet d'un enregistrement, dans le seul but de pouvoir améliorer la qualité des prestations.

Vous pouvez avoir accès à ces enregistrements en adressant votre demande par écrit à l'adresse ci-dessus étant précisé qu'ils sont conservés pendant un délai maximum de deux mois.

La protection de vos données personnelles

1. Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ? Vous êtes assuré, adhérent, souscripteur, bénéficiaire, payeur de primes ou de cotisations, affilié ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont utiles, soit pour respecter nos obligations légales, soit pour mieux vous connaître.

Respecter nos obligations légales

En toute logique, vos données personnelles sont indispensables lorsque nous concluons ensemble un contrat et que nous le gérons ou « l'exécutons ». Elles nous servent à vous identifier, à évaluer un risque, à déterminer vos préjudices. Cela concerne également vos données d'infractions (historique et circonstances) et de santé. Ces dernières font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives qui régissent notre profession (entre autre dans le cadre de la lutte contre le blanchiment).

Mieux vous connaître... et vous servir

Dans ce cas, vos données servent un objectif commercial ; Nous ne les recueillons donc qu'**avec votre accord express**. Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à notre relation commerciale, à votre localisation... Elles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous présenter des produits et des services adaptés à vos seuls besoins, en utilisant notamment des techniques de profilage. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction déployées par Allianz et ses partenaires, parfois avec l'appui d'annonceurs ou de relais publicitaires.

Si vous souscrivez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir.

2. Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ? Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (courtier, agent...). Mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion ou l'exécution de votre contrat : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

3. Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure un contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans après le dernier contact entre vous et Allianz,
- médicales : 5 ans. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Pour les données liées aux cartes bancaires, le délai de conservation est de 13 mois après le dernier débit.

4. Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

5. Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour personnaliser l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;**
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

6. Comment exercer vos droits ?

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe 6 « Qui est en charge de vos données au sein du groupe Allianz ? ».

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire à notre responsable des données personnelles. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe 8 « Vos contacts ».

Enfin, le site de la Cnil vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : www.cnil.fr. En cas de litige, la Cnil constitue également l'autorité de référence.

7. Vos Contacts ?

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit de nous écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1803 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

A l'avance merci de toujours ajouter un justificatif d'identité à votre demande.

Article 13 - Autorité de contrôle

Protexia France est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 14 - Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours.

Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est à dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

Article 15 - Lutte contre le blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs, y compris sur l'acquisition des biens assurés ou sur les sommes versées au contrat. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Article 16 - Faculté de renonciation

Les dispositions qui suivent vous concernent uniquement si vous avez conclu votre contrat en qualité de personne physique à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, par voie de démarchage ou de vente à distance :

En cas de conclusion de votre contrat par voie de démarchage :

Dans le cas où, en qualité de personne physique, vous avez été sollicité par voie de démarchage, en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance à des fins autres que commerciales ou professionnelles, vous disposez d'un droit de renonciation, dans les conditions et limites prévues par l'alinéa 1er de l'article L112-9 du Code des assurances reproduit ci-après :

"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. "

Si vous souhaitez exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-dessous, dûment complété par vos soins.

Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse indiquée sur votre Bulletin d'Adhésion.

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales, conformément à l'article L 112-9 du Code des Assurances. J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

A cet égard, vous êtes informé que si vous exercez votre droit de renonciation, vous serez tenu au paiement proportionnel de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute pénalité.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu une des garanties du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Conformément aux dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage,
- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

En cas de souscription à distance de votre contrat :

La vente de votre contrat d'assurance par téléphone, courrier ou internet est régie par les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances.

Constitue une fourniture de contrat d'assurance à distance, la fourniture de tout contrat d'assurance conclu entre un professionnel et un consommateur, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de services à distance, sans la présence physique simultanée du professionnel et du consommateur, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat.

Pour les contrats renouvelables par tacite reconduction, les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial.

Conformément aux dispositions applicables en matière de vente à distance des services financiers, vous êtes informé que :

- Vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception du bulletin d'adhésion et de la notice d'information si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion,
- les contrats d'assurance pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans votre accord. Vous avez manifesté votre volonté pour que votre contrat prenne effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion.
- Si vous avez demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation et que vous usez de votre droit de renonciation, vous devrez vous acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert.

Si vous souhaitez exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par vos soins.
Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse indiquée sur votre bulletin d'adhésion

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès de de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales, conformément à l'article L 112-2-1 du Codes des Assurances. J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois,
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur,
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit de renonciation.

ANNEXE 7 – Garanties Prévoyance Obligatoires

Article 1 - Information importante

L'encadré ci-après a pour objet d'attirer l'attention du Membre Participant sur certaines dispositions essentielles. Il est important que le Membre lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion.

1) Garanties obligatoires

- Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),
- Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Totale (TPT),
- Garantie Décès ou PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie),

2) Contractuellement, il n'y a pas de participation aux excédents.

3) Pour les garanties décès, il n'y a pas de faculté de rachat ou de transfert.

4) Les frais de gestion sont inclus dans la cotisation.

5) La durée du contrat recommandée en décès dépend notamment de la situation patrimoniale du Membre Participant, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le membre est invité à demander conseil auprès de l'Apériteur.

6) Si pour la garantie décès, le Membre Participant désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause bénéficiaire mentionnée au Chapitre III, il doit désigner expressément le ou les bénéficiaires de son choix. Pour ce faire lors de l'adhésion, le Souscripteur remet au membre le document « désignation de bénéficiaire(s) » dans lequel le Membre désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix. La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Le Membre peut à tout moment, au cours de son adhésion, modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée sauf acceptation du ou des bénéficiaires. Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment; il devient alors bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par un avenant signé par l'Apériteur, le Membre et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé du Membre et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet vis-à-vis des Coassureurs que lorsqu'elle est notifiée à l'Apériteur par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

Article 2 - Glossaire

Accident : évènement inattendu et non intentionnel engendrant une atteinte ou lésion corporelle à l'Assuré, (action soudaine d'une cause extérieure). La preuve de la cause accidentelle incombe à l'assuré.

Accident de service : un Accident survenu dans l'exercice des fonctions professionnelles de l'Assuré ou au cours d'un trajet entre la résidence habituelle et le lieu de travail de celui-ci (dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi)

Assuré : le Membre Participant.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : État d'un Assuré en incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant procurer gain ou profit, nécessitant le recours d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette). L'état de santé de l'Assuré doit être consolidé ou stabilisé c'est-à-dire non susceptible de s'améliorer.

Membre ou Membre Participant : personne physique qui verse une cotisation et bénéficie des prestations des Coassureurs.

Coassureurs : Désigne la MGAS, RELYENS Mutual Insurance, RELYENS Life Insurance, qui sont collectivement assureurs du contrat. Les parts de coassurance sont fixées à l'article 6-2 des conditions générales du Contrat collectif à adhésion facultative.

Maladie : toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale et non consécutive à un Accident.

Mutuelle : Désigne la MGAS, Apériteur du Contrat et gestionnaire des cotisations/adhésions.

Rechute : Après un arrêt de travail, tout nouvel arrêt de travail intervenant après une guérison ou une consolidation apparente - ayant la même cause médicale ou consécutif au même accident.

Sinistre : réalisation de l'évènement dommageable prévu et garanti par le contrat auquel a adhéré le Membre Participant.

Souscripteur : l'association MGAS Protection, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé 96 avenue de Suffren, 75730 PARIS Cedex 15.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : est considéré en IPP le Membre Participant qui remplit les conditions suivantes :

- pour le Membre Participant relevant du statut de la Fonction Publique, avoir une invalidité réduisant sa capacité de travail d'au moins 33% et de moins de 66 % **et avoir épuisé ses droits statutaires,**
- **et, avoir été reconnu inapte à exercer son activité professionnelle au sein de la Fonction Publique,**

OU

- pour le Membre Participant relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité de 1^{ère} catégorie non imputable au service.

Tout Membre Participant qui a épuisé ses droits au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail, et a été reconnu inapte à **exercer son activité professionnelle au sein de la Fonction Publique**, peut prétendre à la garantie Invalidité permanente Partielle avec un taux d'invalidité de 33%.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : est considéré en IPT le Membre Participant qui remplit les conditions suivantes :

- pour le Membre Participant relevant du statut de la Fonction Publique, avoir une invalidité réduisant sa capacité de travail d'au moins 66 %.

OU

- pour le Membre Participant relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie non imputable au service,

ET

quel que soit le statut ou le régime dont dépend le Membre Participant, être reconnu, par l'Apériteur, inapte à exercer une activité professionnelle au sein du ministère.

Article 3 - Objet

Les Garanties prévoyance obligatoires comportent plusieurs niveaux :

- « Prévoyance Base »,
- « Prévoyance Niveau 1 »,
- « Prévoyance Niveau 2 ».

Chaque niveau des Garanties prévoyance comporte quatre garanties indissociables à l'adhésion obligatoire :

- garantie « Incapacité Temporaire Totale de Travail »,
- garantie « Invalidité (IPP-IPT) »,
- garantie « Décès »,
- garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ».

Le Membre Participant lors de sa demande d'adhésion choisit un niveau parmi les trois niveaux possibles.

CHAPITRE 1 - CONDITIONS GENERALES

Article 4 - Personnes assurées

Un Membre Participant, membre du personnel actif bénéficiera des Garanties prévoyance à titre obligatoire. Un Membre Participant retraité ne peut pas bénéficier des Garanties prévoyance.

Article 5 - Conditions spécifiques d'adhésion aux Garanties prévoyance

Le Membre Participant doit être en activité normale de service au moment de la prise d'effet de son adhésion au contrat collectif.

Le Membre Participant en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique au moment de la prise d'effet de son adhésion au Contrat sera admis dans les Garanties prévoyance dès lors qu'il aura repris une activité normale de service (le cas échéant, à la date du conseil médical donnant un avis favorable à la reprise d'activité).

Article 6 - Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion aux présentes « Garanties prévoyance » prend effet concomitamment à la date à laquelle le Membre Participant a adhéré au contrat collectif à adhésion facultative, sous réserve du respect des modalités décrites dans l'article précédent et du délai de stage.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion aux Garanties prévoyance sont couverts au titre des Garanties prévoyance.

Les sinistres ne sont jamais couverts lorsqu'ils sont antérieurs à la date de prise d'effet des garanties de prévoyance.

Le sinistre est la réalisation de l'évènement dommageable prévu et garanti par les garanties de prévoyance auxquelles ont adhéré les Membres Participants.

La franchise est la période qui suit la date du sinistre et qui n'est pas indemnisée.

La franchise s'applique dans les conditions énoncées dans la présente notice des garanties de prévoyance.

Article 7 - Base de garantie et de cotisation

Les cotisations et bases de garantie sont exprimées en pourcentage d'un « Revenu de référence » défini comme suit:

- **pour les fonctionnaires : Le « Revenu de référence » est défini comme le Traitement Indiciaire Brut (TIB) mensuel hors primes au 30 septembre de l'année N-1, multiplié par 12.**
- **pour les non fonctionnaires : Le « Revenu de référence » correspond au salaire mensuel brut utilisé pour le calcul de la cotisation « santé » de l'Apériteur au 30 septembre de l'année N-1, multiplié par 12.**

Le montant du TIB figure au certificat de garantie émis annuellement, sur la base des informations portées à la connaissance de l'Apériteur au 30 septembre de l'année précédente. Ils sont valables pour toute l'année civile.

Ne sont prises en compte et indemnisées par l'Apériteur que les primes récurrentes liées au poste occupé (IAT, IFTS, indemnité de technicité...). Sont exclues de la prise en charge par l'Apériteur les primes exceptionnelles et/ou aléatoires, notamment, sans que cela soit exhaustif :

- **les primes spéciales de résultat,**
- **les primes de grade et de sujétion,**
- **Les primes de fonction,**
- **les astreintes, heures supplémentaires et heures de nuit,**
- **les indemnités exceptionnelles,**
- **les indemnités de congés payés.**

L'indemnité de résidence (IR) et l'indemnité de Supplément Familial (ISF) ne sont pas garanties par le contrat car elles font l'objet d'un maintien à 100% par l'administration.

Le « Revenu de référence » est arrondi à la centaine d'euros supérieure. Il est déterminé annuellement lors du renouvellement et vaut pour toute l'année civile. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de la nouvelle année d'assurance. Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation du Membre Participant (activité, âge, TIB ou tout autre facteur intervenant dans la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion au Contrat, excepté la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle déterminée au 30 septembre de l'année qui précède l'adhésion.

Le taux de cotisation est annuel et peut être révisé par les Coassureurs en fonction notamment des résultats du contrat. Les cotisations peuvent aussi être aménagées en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

La cotisation est payée par le Membre Participant à l'apériteur. Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les 10 (dix) jours de son échéance, le Membre Participant peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 (quarante) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 (dix) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Article 8 - Point de départ de la prestation

La prestation est servie, pour les fonctionnaires titulaires ou contractuels dès que les indemnités versées par l'employeur en application du statut de la Fonction Publique ne garantissent plus le maintien du traitement indiciaire net.

Pour les salariés relevant d'un régime de droit privé, la prestation est servie, après l'expiration d'un délai de Franchise, dès qu'un Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de Travail, suite à maladie non professionnelle ou accident de la vie privée, ne perçoit plus la totalité de son salaire par son employeur et perçoit des indemnités en espèces de la Sécurité sociale ou d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

On calcule le délai de Franchise en additionnant les journées, consécutives ou non, d'arrêt de travail pour maladie ou accident, survenant en cours d'adhésion au présent contrat collectif.

Ce délai de Franchise est fixé à 90 jours continus ou discontinus d'arrêt de travail survenus en cours d'adhésion au titre du présent contrat collectif dans les 365 jours précédant la date à laquelle est apprécié le droit à prestation.

Ce délai n'est pas applicable en cas de rechute, c'est à dire d'arrêt de travail imputable à une même maladie ou accident survenu dans un délai de 90 jours (attesté par un certificat médical).

Article 9 - Risques exclus

En ce qui concerne l'ensemble des Garanties Prévoyance, sont exclues et ne donnent lieu à aucun paiement les conséquences :

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le Membre Participant y prend une part active dans un cadre extra-professionnel,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par le Membre Participant (à l'exception du seul risque décès où les dispositions applicables figurent au dernier paragraphe du présent article),
- de mutilations volontaires, du refus de se soigner au sens du code de la Sécurité sociale en cas de blessures ou maladies,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- de la participation à des paris, défis, tentatives de records sauf lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre d'une course ou compétition sportives qui nécessitent au préalable une autorisation administrative ou sont soumises à une obligation d'assurance légale,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- de vols sur ailes volantes, planeur, ULM, parapente, sauts à l'élastique ou en parachute, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié titulaire des brevets et autorisations nécessaires à un tel encadrement,
- de rallyes, courses motocyclistes et automobiles,
- d'activité sportive pratiquée sans respecter les règles de sécurité recommandées par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- de cataclysmes, catastrophes naturelles, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,
- d'usage de stupéfiants, drogues non autorisées,
- d'ingestion de médicaments non prescrits par un médecin ou absorbés abusivement, (dépassement des doses quotidiennes mentionnées sur la notice),
- d'Accidents dont est victime le Membre Participant alors qu'il se trouve avec un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par la réglementation au jour de l'accident, lorsque sa responsabilité est engagée.

En ce qui concerne les garanties Décès ou PTIA outre les exclusions citées ci-dessus, sont également exclus les cas suivants :

- le suicide ou le fait intentionnel du Membre Participant pendant la première année suivant l'adhésion au Contrat,
- le meurtre commis par un bénéficiaire du capital décès sur la personne de l'Assuré, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné ; auquel cas, aucune somme n'est due à ce bénéficiaire, le Contrat produisant ses effets à l'égard des autres bénéficiaires.

Article 10 - Modification, suspension, terme, maintien de la garantie

1. Changement de niveau

Le Membre Participant a le choix entre :

- « Prévoyance Base »,
- « Prévoyance Niveau 1 »,
- « Prévoyance Niveau 2 ».

Le Membre Participant peut, à chaque échéance annuelle de son contrat, modifier le niveau de ses garanties.

Le délai de stage est une période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le Membre Participant cotise. Cette période commence à courir à compter du jour de la prise d'effet des Garanties de prévoyance.

Lorsque le Membre Participant opte pour un niveau de garanties supérieur, la modification de garanties s'effectue avec un délai de stage de 6 mois (qui ne concerne que la partie des prestations qui sont améliorées, et ne s'applique pas en cas d'accident) et prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la réception par l'Apériteur de la demande de changement de niveau.

Lorsque le Membre Participant opte pour un niveau de garanties inférieur, la modification s'effectue sans Délai de Stage et prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la réception par l'Apériteur de la demande de changement de niveau.

Aucune demande de changement de niveau de garanties ne peut être effectuée lorsque le Membre Participant est en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique.

2 Modification des garanties

En cas de modification des garanties, l'Apériteur, sur mandat donné par le Souscripteur remet aux Membres Participants une notice comportant les modifications apportées aux garanties.

La preuve de la remise de la notice incombe à l'Apériteur.

Les modifications sont applicables, aux Membres Participants, le 1^{er} jour du mois suivant la date de remise de la notice. Le Membre Participant ayant adhéré à titre facultatif aux garanties prévoyance peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications dans le délai d'un mois à compter de la remise de cette notice.

De plus, pour les agents de la Fonction Publique d'État dans le périmètre du référencement, les modifications de garanties sont décidées d'un commun accord, dans le respect des dispositions du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et des arrêtés pris en application et des dispositions de la convention référencée conclue entre les Ministères et l'Apériteur.

3. Suspension des garanties

Les Membres Participants qui se trouvent dans une des situations suivantes peuvent demander à ne plus bénéficier des garanties Décès-PTIA (étant précisé que les garanties Incapacité Totale de Travail et Invalidité (IPP et IPT) sont suspendues de plein droit à la date de cessation d'activité professionnelle) : congé parental, congé sabbatique, présence parentale, ou mise en disponibilité du Membre Participant autre que pour raison médicale.

Lorsque la demande de suspension a été faite par le Membre Participant, toutes les Garanties prévoyance prévues au Contrat sont suspendues de plein droit au premier jour du mois qui suit la date de la cessation de l'activité professionnelle sous réserve que l'Apériteur en soit informé par le Membre Participant dans le délai de trois mois suivant cette suspension. À défaut, la suspension prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par l'Apériteur.

La suspension s'achève le premier du mois qui suit la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'Apériteur en soit informé par le Membre Participant dans le délai de trois mois suivant cette reprise. À défaut, la suspension cesse de prendre effet le dernier jour du mois de la réception de la demande par l'Apériteur.

Le Membre Participant doit notifier les modifications qui surviennent dans sa situation dans un délai de trois mois à compter de l'évènement par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Apériteur accompagnée de la copie de l'arrêté administratif ou de tout autre document administratif. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due par le Membre Participant dont les Garanties prévoyance ont été suspendues et l'Apériteur ne peut verser aucune prestation au titre des Garanties prévoyance du Contrat.

4. Terme des garanties

Les Garanties prévoyance prennent fin lorsque le Membre Participant perd la qualité de Membre Participant pour cause de radiation, démission ou exclusion du Contrat. Toutefois, l'Apériteur peut accepter, à la demande du Membre Participant intéressé, le maintien de couverture dans les conditions définies ci-après dans le point 9-5. La perte de qualité d'organisme référencé par un ou plusieurs Coassureurs ne met pas fin au contrat.

En tout état de cause, les garanties prennent fin en cas de cessation d'activité pour les Membres Participants admis à faire valoir leurs droits à la retraite et au plus tard au 67ème anniversaire du Membre.

Dans tous les cas, le terme des Garanties prévoyance entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les Membres Participants assurés, à l'exception des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution de l'adhésion au Contrat au titre d'un événement garanti par les Garanties prévoyance, qui s'est réalisé avant le terme de l'adhésion au Contrat, qui continuent à être prises en charge par les Coassureurs, dans les limites contractuelles.

5. Maintien de la garantie

La résiliation du Contrat collectif, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les Membres Participants affiliés audit contrat. Toutefois, l'Apériteur peut accepter d'accorder une garantie individuelle, aux conditions statutaires et réglementaires en vigueur, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical ou de délai de stage, sous réserve que les Membres Participants intéressés en fassent la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat. Ils seront alors soumis au contrat qui détermine les droits et obligations des Membres Participants ayant adhéré à titre individuel.

Article 11 - Contrôle médical - Procédure de conciliation

L'Apériteur a le droit de soumettre à visite médicale tout Membre Participant qui formule une demande de prestations ou bénéficie de prestations au titre de Garanties prévoyance.

Si le Membre Participant refuse de se soumettre à un contrôle médical ou ne s'y présente pas dans un délai d'un mois après la demande de l'Apériteur, la garantie est suspendue à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée à ce Membre Participant par l'Apériteur.

L'Apériteur fait examiner, par un médecin désigné par lui, le Membre Participant qui demande à bénéficier de prestations ou qui bénéficie de prestations. Il informe le Membre Participant de sa décision motivée.

Tout refus de prise en charge suite à un contrôle médical peut faire l'objet à la demande de l'Assuré, d'une procédure de conciliation dans les douze mois qui suivent ce contrôle.

La demande formulée par écrit, doit indiquer que l'Assuré sollicite la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin qu'il désignera pour le représenter. Ce certificat doit détailler son état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Apériteur et indiquer son évolution depuis cette date. La demande doit en outre mentionner que l'Assuré accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin Conseil de l'Apériteur rechercheront une position commune relative à son état de santé. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, l'Apériteur invite alors son Médecin Conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers-expert. **Faute pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.**

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement.

Les conclusions de ce tiers expert s'imposent aux parties, dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours pouvant être exercés par voie de justice.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, chaque partie conservera à sa charge les frais et honoraires de son médecin. En cas de désignation d'un médecin tiers - expert, l'Assuré fera l'avance des frais et honoraires du médecin tiers - expert, lesquels resteront à la charge de la partie perdante.

En tout état de cause, l'Assuré conservera, ainsi que l'Apériteur et les Coassureurs, la faculté d'exercer une action en justice.

CHAPITRE 2 - GARANTIE « INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL »

Article 12 - Définition de la garantie

Cette garantie a pour objet de garantir, aux Membres Participants en activité le versement d'indemnités journalières en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail, en cours de validité de l'adhésion au contrat collectif **et après l'expiration du délai de stage éventuellement applicable.**

La garantie au titre d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail est due si le Membre Participant en activité, âgé de moins de 67 ans, est reconnu comme atteint d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et ne perçoit plus son plein traitement ou son plein salaire.

Est considéré comme atteint d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, tout Membre Participant qui, à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée :

- **se trouve dans l'obligation reconnue par l'Apériteur de cesser toute activité professionnelle au sein de la fonction Publique,**
- **ET perçoit, à ce titre, des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou des indemnités en espèces du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale (ou d'un autre régime social obligatoire)**

L'Apériteur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque.

Une cessation d'activité professionnelle débutant pendant le délai de stage ou ayant débuté avant l'adhésion du Membre au présent contrat n'est pas indemnisée par les Coassureurs.

Article 13 - Point de départ de la prestation

La prestation est servie, pour les fonctionnaires titulaires ou contractuels dès que les indemnités versées par l'employeur en application du statut de la Fonction Publique ne garantissent plus le maintien du traitement indiciaire net. Pour le niveau 2, les prestations se déclenchent en cas de perte de primes couvertes par le contrat (cf. Article 14).

Aucune prestation ne peut être versée pendant les journées de carence prévues dans la fonction publique pour un arrêt maladie ou pendant les trois jours de carence prévus par le régime de la Sécurité sociale pour un arrêt maladie.

Pour les salariés relevant d'un régime de droit privé, la prestation est servie, après l'expiration d'un délai de Franchise, dès qu'un Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de Travail, suite à maladie non professionnelle ou accident de la vie privée, ne perçoit plus la totalité de son salaire par son employeur et perçoit des indemnités en espèces de la Sécurité sociale ou d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

On calcule le délai de Franchise en additionnant les journées, consécutives ou non, d'arrêt de travail pour maladie ou accident, survenant en cours d'adhésion au présent contrat collectif.

Ce délai de Franchise est fixé à 90 jours continus ou discontinus d'arrêt de travail survenus en cours d'adhésion au titre du présent contrat collectif dans les 365 jours précédant la date à laquelle est apprécié le droit à prestation.

Ce délai n'est pas applicable en cas de rechute, c'est à dire d'arrêt de travail imputable à une même maladie ou accident survenu dans un délai de 90 jours (attesté par un certificat médical).

Article 14 - Montant de la garantie

L'indemnité journalière est calculée en 30ème de mois, tous les mois étant réputés compter 30 jours. Les indemnités journalières sont payables mensuellement et à terme échu après réception des pièces justificatives définies contractuellement.

Le montant de l'indemnité journalière versée par les Coassureurs complète les prestations versées par l'employeur et toute autre indemnité à hauteur de :

- Pour la «Prévoyance Base » : 75 % de 1/360^{ème} du revenu de référence et le cas échéant de la N.B.I. pour les agents de la Fonction Publique,
- Pour la «Prévoyance Niveau 1 » : 85 % de 1/360^{ème} du revenu de référence et le cas échéant de la N.B.I. pour les agents de la Fonction Publique,
- Pour la «Prévoyance Niveau 2 » : 95 % de 1/360^{ème} du revenu de référence et le cas échéant de la N.B.I. pour les agents de la Fonction Publique.

Limite des prestations : les prestations versées au titre de ce contrat, auxquelles s'ajoutent les prestations de même nature versées par l'Administration, la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme, ne peuvent conduire le Membre Participant à recevoir une somme supérieure à la rémunération nette (primes comprises) qu'il aurait perçue en activité normale de service, pendant la période concernée.

Quel que soit le niveau de garantie, ne sont prises en compte et indemnisées que les primes récurrentes liées au poste occupé. Sont exclues de la prise en charge par les Coassureurs les primes exceptionnelles et/ou aléatoires, selon les dispositions prévues à l'article 8 (notamment les primes liées à la productivité ou aux résultats).

Le revenu de référence pris en compte par les Coassureurs au titre de la présente garantie correspond à celui qui figure au certificat annuel de garantie en vigueur pendant la période indemnisée.

En cas de besoin, les prestations versées par l'employeur peuvent être recalculées en fonction du TIB, de la quotité de traitement maintenu par l'employeur et d'un taux de charges sociales moyen indiqué sur le certificat annuel de garantie.

Toutefois, la prise en charge par les Coassureurs de la perte de la N.B.I. pour les Agents de la Fonction Publique, cesse dès que cet avantage sort du cadre d'une quelconque obligation par l'employeur de maintien partiel ou total de celui-ci, en application du statut de la Fonction Publique.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par les Coassureurs sont réduites à due concurrence de ce montant. Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par les Coassureurs au titre de la perte de traitement consécutive une incapacité de travail, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'Assuré sont figés à cette date.

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le Membre Participant est placé en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par les Coassureurs doivent leur être remboursées intégralement par le Membre Participant.

Article 15 - Revalorisation des prestations en cours de service

En cours de service, le montant de la prestation est revalorisé annuellement à chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique dans la limite de 2,5 % et dans la limite des résultats techniques et financiers du contrat.

Article 16 - Terme du versement

L'indemnisation cesse :

- dès la reprise d'activité du Membre Participant (en cas de temps partiel thérapeutique, la garantie continue cependant de s'appliquer),
- dès la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique ou par l'assurance maladie au titre du Régime général de la Sécurité sociale ou par un autre Régime obligatoire,
- à la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- à la liquidation de la pension de retraite, et au plus tard à l'âge de 67 ans de l'assuré,
- en cas de décès,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'assuré,
- en cas de mise en disponibilité d'office, la prestation cesse au 1080^{ème} jour d'interruption de travail incluant les arrêts au titre de la maladie ordinaire, du congé de longue maladie et du congé de maladie de longue durée, y compris les périodes prises en charge à 100 % par l'employeur.

Article 17 - Conditions spécifiques de cessation de la présente garantie

Outre les conditions de cessation définies précédemment, l'assurance cesse de produire ses effets :

- en cas de cessation d'activité pour les Membres Participants placés en disponibilité à leur demande pour convenances personnelles,
- en cas de cessation d'activité pour les Membres Participants admis à faire valoir leurs droits à la retraite, au 67^{ème} anniversaire du Membre.

Article 18 - Obligations en cas de sinistre

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

- les avis du Conseil médical ou de la Commission de réforme ou les arrêtés administratifs depuis le passage à mi-traitement, mentionnant la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office),
- le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- une attestation sur l'honneur du Membre Participant au Contrat énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de son incapacité et le cas échéant les décomptes associés (des prestations en espèces perçues au titre de l'incapacité de travail émanant de l'employeur ou de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de Prévoyance),
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Apériteur ; notamment lorsque l'arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers responsable, l'identité de ce tiers et les coordonnées de son assureur.

En outre en cas de rechute :

- un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

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. En cas de non-respect de ce délai de 6 mois, l'Apériteur pourra réclamer au Membre Participant une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard lui a causé.

L'Apériteur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'assuré au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 11 ci-dessus.

Toutes les déclarations de sinistres doivent être adressées à l'adresse suivante :

MGAS - Service Prévoyance
96 avenue de Suffren
75730 Paris Cedex 15.

Article 19 - Obligations en cas de reprise d'activité

L'assuré doit notifier à l'Apériteur 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.

Article 20 - Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat collectif, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu au point «Terme du versement» (article 15 ci-dessus).

Article 21 - Définition

Cette garantie a pour objet de garantir, aux Membres Participants assurés le versement d'un capital en cas de décès survenant avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré. **En tout état de cause, la garantie décès cesse, même si l'assuré est encore en activité, à son 67ème anniversaire.**

Le montant de la garantie Décès accordé peut être majoré selon la cause du décès:

- majoration en cas d'Accident,
- majoration en cas d'Accident de service
- **majoration** en cas de décès concomitant du Conjoint.

Un versement antérieur par l'Apériteur d'un capital au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'autonomie (PTIA) met fin à la garantie « Décès», et aucun capital, ne sera versé à ce titre.

Article 22 - Montant de la garantie « Décès »

En cas de décès du Membre Participant assuré, un capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) :

- Pour la «Prévoyance Base », le montant du capital garanti est égal à 70 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.
- Pour la «Prévoyance Niveau 1», le montant du capital garanti est égal à 100 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.
- Pour la «Prévoyance Niveau 2», le montant du capital garanti est égal à 130 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.

Article 23 - Majorations pour « Décès en cas d'Accident » ou « Décès en cas d'Accident de service »

Le capital Décès cité à l'article précédent est

- Doublé en cas de décès du Membre Participant consécutif à un Accident
- Triplé en cas de décès du Membre Participant consécutif à un Accident de service

La majoration fait partie du capital décès mentionné à l'article 21.

La majoration n'est due que si le décès survient dans un délai maximum d'un an à compter du jour de l'accident, des suites des blessures ou des lésions constatées à cette occasion. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'Accident et le décès, ainsi que la preuve de la nature de l'Accident, incombent au(x) bénéficiaire(s). Toute décision d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'assureur.

Article 24 - Bénéficiaire(s) du capital Décès

Les bénéficiaires sauf stipulation contraire sont :

Le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé du Membre Participant, à défaut, son concubin ou son partenaire de PACS (celui-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), à défaut, ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut, ses ascendants, par parts égales entre eux, à défaut, ses héritiers conformément aux principes du droit des successions.

Si le Membre Participant désire que le capital ne soit pas attribué selon la formule ci-dessus, il doit désigner expressément le ou les bénéficiaire(s) de son choix.

Sous réserve des droits propres du/des bénéficiaire(s) acceptant, le Membre Participant peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaire(s) désigné(s). La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment selon les dispositions légales; il devient alors bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par un avenant signé par l'Apériteur, le Membre Participant et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du Membre Participant et du bénéficiaire.

Elle n'a alors d'effet à l'égard des Coassureurs que lorsqu'elle leur a été notifiée par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

Article 25 - Majoration en cas de décès concomitant du Conjoint

Cette garantie s'applique, en cas de décès du Conjoint et du Membre Participant affilié, si ce dernier avait des enfants. Le décès du Conjoint doit être simultanément, ou postérieur de 3 mois maximum, au décès du Membre Participant, calculé de date à date.

La majoration est de :

- Pour la «Prévoyance Niveau 1, la majoration est égale à 100 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.
- Pour la «Prévoyance Niveau 2», la majoration est égale à 130 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie
- **Aucune majoration pour la «Prévoyance Base ».**

La majoration est versée par parts égales entre les enfants du Membre Participant, nés ou à naître, vivants ou représentés.

On entend par Conjoint, la personne légalement mariée avec le Membre Participant, ni divorcée, ni séparée de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ou le concubin conformément à l'article 515-8 du Code civil, ou le partenaire lié par un PACS conformément aux articles 515-1 et suivants du Code civil.

Article 26 - Montant de la garantie « capital éducation »

En cas de décès du Membre Participant assuré, un capital éducation est versé à ses enfants scolarisés, à la date de son décès.

Ce capital est égal à :

- 10 000 € par enfant à charge pour la «Prévoyance Niveau 1» ou «Prévoyance Niveau 2»,
- **Aucun « Capital éducation » n'est versé pour la « Prévoyance base ».**

Par enfant scolarisé, on entend un enfant pouvant justifier d'une inscription dans un établissement scolaire / universitaire, ou d'un contrat d'apprentissage.

Article 27 - Montant de la garantie au titre du « Capital orphelin handicapé »

La garantie a pour objet de garantir le versement d'un capital au bénéficiaire de l'enfant, atteint d'un handicap, du Membre Participant, en cas de décès de ce dernier.

Ce capital est égal à :

- Pour la «Prévoyance Base» à 20 000€ par enfant orphelin handicapé,
- Pour la «Prévoyance Niveau 1» à 40 000€ par enfant orphelin handicapé,
- Pour la «Prévoyance Niveau 2» à 60 000€ par enfant orphelin handicapé.

On entend par enfant orphelin handicapé du Membre Participant, l'enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, et qui 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 ayant fait la demande. Dans ce dernier cas, l'Apériteur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du bénéficiaire.

En cas de sinistre, doivent être adressés à l'apériteur accompagnés des pièces et justificatifs suivants :

- Un certificat de vie de l'enfant handicapé,
- Une copie d'une pièce d'identité 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.

Article 28 - Conditions spécifiques de cessation de toutes les garanties du chapitre 3

Outre les conditions de cessation définies précédemment l'assurance cesse de produire ses effets :

- **Au dernier jour du mois d'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré,**
- **et en tout état de cause, même si l'assuré est encore en activité, le dernier jour du mois du 67ème anniversaire de l'assuré.**

Dans le cas où le Membre Participant est mis à la retraite avant l'âge minimum légal, il peut demander expressément à l'Apériteur le maintien de sa garantie jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite. Cette demande doit être effectuée dans un délai de 3 mois suivant sa date de mise à la retraite effective.

Article 29 - Obligations en cas de sinistre

Une déclaration de sinistre s'effectue à l'aide du formulaire dédié et doit être adressée à l'Apériteur accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès,
- une attestation médicale précisant la cause du décès,
- une copie de pièce d'identité ou de passeport justifiant l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires,
- un Relevé d'Identité Bancaire de chaque bénéficiaire,
- toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par l'Apériteur.

Toutes les déclarations de sinistres doivent être adressées à l'adresse suivante :

MGAS - Service Prévoyance
96 avenue de Suffren
75730 Paris Cedex 15

CHAPITRE 4 - GARANTIE « PTIA »

Article 30 - Définition

Cette garantie a pour objet de garantir, aux Membres Participants assurés le versement d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenant avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré. **En tout état de cause, la garantie PTIA cesse, même si l'assuré est encore en activité, à son 62ème anniversaire.**

Est considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) un assuré en incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant procurer gain ou profit, nécessitant le recours d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette). L'état de santé de l'assuré doit être consolidé ou stabilisé c'est-à-dire non susceptible de s'améliorer.

Article 31 - Montant de la garantie

Le montant du capital garanti est égal au capital garanti en cas de décès indiqué à l'article 22 sans toutefois être inférieur à :

- 20 000 € pour la «Prévoyance Base»,
- 40 000 € pour la «Prévoyance Niveau 1»,
- 60 000 € pour la «Prévoyance Niveau 2».

Les garanties « Décès », ne se cumulent pas avec la garantie PTIA. Le versement de l'indemnité due au titre de la garantie PTIA met fin à ces garanties Décès.

Article 32 - Bénéficiaire(s) de la Garantie

Le Membre Participant lui-même.

Article 33 - Conditions spécifiques de cessation de garantie

Outre les conditions de cessation définies précédemment l'assurance cesse de produire ses effets :

- **Au dernier jour du mois d'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré,**
- **et en tout état de cause, le dernier jour du mois du 62ème anniversaire de l'assuré.**

Le paiement du capital au titre de la PTIA fait cesser les garanties décès cf. Article 53

Article 34 - Obligations en cas de sinistre

Une déclaration de sinistre s'effectue à l'aide du formulaire dédié et doit être adressée à l'Apériteur accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'assuré est dans l'incapacité définitive de se livrer à 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 autre personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de reconnaissance de la PTIA. Ce certificat, adressé au médecin conseil de l'Apériteur, décrit la cause, la nature de l'invalidité, la date de consolidation de l'incapacité à l'exercice de toute activité professionnelle.
- une attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie,
- la notification de la Sécurité Sociale ou l'avis de la Commission de réforme justifiant d'un classement en 3ème catégorie,
- une attestation de « consolidation » de l'état de santé,
- toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par l'Apériteur.

Toutes les déclarations de sinistres doivent être adressées à l'adresse suivante :

MGAS - Service Prévoyance
96 avenue de Suffren
75730 Paris Cedex 15

CHAPITRE 5 - GARANTIE INVALIDITE

Article 35 - Définition

La garantie a pour objet de garantir, au Membre Participant, le versement d'une rente en cas de perte de traitement ou de perte de salaire consécutive à une Invalidité permanente **survenue avant l'âge de 62 ans**.

L'Invalidité doit être permanente : elle peut être partielle ou totale.

L'Invalidité Permanente Partielle (IPP) est reconnue si le Membre Participant remplit les conditions suivantes :

- pour le Membre Participant relevant du statut de la Fonction Publique, avoir une invalidité réduisant sa capacité de travail d'au moins 33% et de moins de 66 % **et avoir épuisé ses droits statutaires,**
- **Et, avoir été reconnu inapte à exercer son activité professionnelle au sein de la Fonction Publique par le conseil de réforme et l'Apériteur.**

OU

- pour le Membre Participant relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité de 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale **non imputable au service.**

Tout Membre Participant qui a épuisé ses droits au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail, et a été reconnu inapte à **exercer son activité professionnelle au sein de la Fonction Publique**, peut prétendre à la garantie Invalidité permanente Partielle avec un taux d'invalidité de 33% jusqu'à ce qu'il puisse prétendre à la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) ci-dessous.

L'Invalidité Permanente Totale (IPT) est reconnue si le Membre Participant remplit les conditions suivantes :

- pour le Membre Participant relevant du statut de la Fonction Publique, avoir une invalidité réduisant sa capacité de travail d'au moins 66 % **et avoir épuisé ses droits statutaires,**

OU

- pour le Membre Participant relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie la Sécurité sociale **non imputable au service,**

ET

- **quel que soit le statut ou le régime dont dépend le Membre Participant, celui-ci ne pourra être pris en charge au titre de la garantie IPT que s'il est reconnu, par l'Apériteur, inapte à exercer une activité professionnelle au sein de la Fonction publique.**

L'Apériteur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque.

L'Invalidité (IPP ou IPT) survenue antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion au Contrat n'est pas prise en charge par les Coassureurs.

Article 36 - Point de départ de la prestation

La rente est servie après épuisement des droits statutaires maladie et au jour de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité permanente.

Article 37 - Montant de la garantie

La prestation est calculée en 30ème de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours. Les prestations sont payables mensuellement et à terme échu après réception des pièces justificatives définies dans la présente notice d'information.

La « Prévoyance Base » ne comprend pas la garantie Invalidité. Le Membre Participant ayant souscrit la « Prévoyance Base n'est pas couvert en cas d'invalidité (IPP ou IPT) et ne peut donc se prévaloir d'aucune prestation en cas d'invalidité (IPP ou IPT).

Le montant de la rente journalière versée par les Coassureurs est versé sous déduction des prestations versées par l'employeur, la CNRACL, la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme liquidateur auquel le Membre Participant est affilié (à l'exception de la majoration pour tierce personne).

L'Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Le montant de la rente servie est calculé en fonction du taux d'invalidité « N » et selon la formule $N/66$.

Pour la « Prévoyance Niveau 1 », la rente est plafonnée à $55\% \times N/66$ du Revenu de référence.

Pour la « Prévoyance Niveau 2 » la rente est plafonnée à $75\% \times N/66$ du Revenu de référence.

L'Invalidité Permanente Totale (IPT)

Pour la « Prévoyance Niveau 1 », la rente est plafonnée à 55% du Revenu de référence.

Pour la « Prévoyance Niveau 2 » la rente est plafonnée à 75% du Revenu de référence.

Le « revenu de référence » pris en compte par les Coassureurs au titre de la présente garantie correspond à celui en vigueur à la date de survenance du sinistre et est revalorisé dans les conditions définies infra.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par les Coassureurs au titre de la perte de traitement consécutive une incapacité de travail, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

Limite des prestations : les prestations versées au titre de ce contrat, auxquelles s'ajoutent les prestations de même nature versées par l'Administration, une caisse de retraite, la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme, ne peuvent conduire l'adhérent à recevoir une somme supérieure à la rémunération nette (primes comprises) qu'il aurait perçue en activité normale de service, pendant la période concernée.

Article 38 - Revalorisation des prestations en cours de service

En cours de service, le montant de la prestation est revalorisé annuellement à chaque 1er janvier par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique dans la limite de 2,5% et dans la limite des résultats techniques et financiers du Contrat.

Article 39 - Terme du versement

L'indemnisation cesse :

- en cas de décès,

OU

- à l'âge auquel le Membre Participant aurait pu prétendre à une retraite à taux plein.

OU

- au plus tard à 67 ans.

Pour l'Invalidité Permanente Totale (IPT), l'indemnisation cesse à la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle, dans la Fonction Publique.

Si le taux d'invalidité du Membre Participant indemnisé au titre de l'IPP, devient au moins égal à 66%, alors le versement de la rente IPT se substitue à l'IPP.

Article 40 - Conditions spécifiques de cessation de la présente garantie

Outre les conditions de cessation définies précédemment, l'assurance cesse de produire ses effets :

- en cas de cessation d'activité pour les Membres Participants placés en disponibilité à leur demande pour convenances personnelles,

- en cas de cessation d'activité pour les Membres Participants admis à faire valoir leurs droits à la retraite, au 67ème anniversaire du Membre Participant.

Article 41 - Maintien des prestations

En cas de résiliation du Contrat collectif, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu au point « Terme du versement », ci-dessus.

Article 42 - Obligation en cas de sinistre

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

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- en cas d'IPP, un certificat médical attestant le taux d'invalidité entre 33% et 66%,
- en cas d'IPT, un certificat médical d'inaptitude à toute activité rémunérée au sein du ministère,
- le dernier bulletin de salaire à plein traitement
- une attestation sur l'honneur du Membre Participant au Contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit, au titre de son invalidité, de la part d'autres organismes de Prévoyance

Pour les agents relevant de la Fonction Publique :

- l'avis de la commission de réforme ou du conseil médical,
- les bulletins de paiements émanant de leur Caisse de retraite.

Pour les agents relevant de la Sécurité Sociale :

- la notification d'attribution d'une rente invalidité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,
- les décomptes de paiements de la Sécurité Sociale.

Toutes les déclarations de sinistre doivent être adressées à l'adresse suivante :

MGAS – Service Prévoyance
96 avenue de Suffren
75730 Paris Cedex 15

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. En cas de non-respect de ce délai de 6 mois, l'Apériteur pourra réclamer au Membre Participant

une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard a causé aux Coassureurs.

L'Apériteur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Assuré au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article « Contrôle médical - Procédure de conciliation » ci-dessus.

Article 43 - Obligations en cas de changement de situation

L'Assuré doit notifier à l'Apériteur la reprise de son travail ou d'un autre travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'invalidité en cours d'indemnisation au titre du contrat.

CHAPITRE 6 - SYNTHÈSE DES PRESTATIONS

Le tableau ci-après reprend de manière synthétique les prestations associées à chaque garantie. Il ne se substitue pas aux éléments détaillés dans les précédents chapitres qui seuls font foi.

	Base	Niveau 1	Niveau 2
Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	70 % PTIA : minimum de 20 000€	100 % PTIA : minimum de 40 000€	130 % PTIA : minimum de 60 000€
Capital Décès			
Majoration en cas d'Accident	+ 70%	+ 100%	+ 130%
Majoration en cas d'Accident de service (trajet compris)	+ 70%	+ 100%	+ 130%
Majoration en cas de décès concomitant du conjoint	-	+ 100%	+ 130%
Capital Éducation (par enfant scolarisé)	-	10 000€	10 000€
Capital Orphelin handicapé	20 000€	40 000€	60 000€
Complément de perte de traitement / salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	75%	85%	95%
Rente Invalidité permanente totale (IPT) (Taux invalidité > 66%)	-	55%	75%
Rente Invalidité permanente partielle (IPP) (Taux invalidité N entre 33% et 66%)	-	55% x N / 66	75% x N / 66

ANNEXE 8 – Document d'information sur le produit d'assurance santé et prévoyance

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

Document d'information sur le produit d'assurance

Les compagnies en coassurance :

MGAS - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475 Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15.

Relyens Mutual Insurance - Société d'Assurance Mutuelle, 18 rue Edouard Rochet- 69372 LYON Cedex 08, Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 RCS Lyon.

Assisteur : IMA ASSURANCES - Entreprise d'assurance française régie par le Code des assurances - S.A. d'assurance au capital de 7 000 000 euros, immatriculée sous le numéro 481.511.632 RCS Niort, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort

PRODUIT : MAS – CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce contrat d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Soins courants : honoraires médicaux, honoraires des auxiliaires médicaux et des sage-femmes, ostéodensitométrie non prise en charge par le RO, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO, matériel médical dont l'extension du 100% Santé aux véhicules pour personnes en situation de handicap et prothèses capillaires.
- ✓ Hospitalisation : honoraires, fécondation in vitro non prise en charge par le RO, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgence, frais d'accompagnant, la capote hospitalisation
- ✓ Prévention, soutien et médecine douce : vaccins prescrits pris en charge par le RO, actes de prévention, prévention de l'asthme et des allergies, sevrage tabagique pris en charge par le RO, dispositif MonPsy, forfait Isanté.
- ✓ Dentaire : soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors 100% Santé, Inlay et Onlay, orthodontie prise en charge par le RO, implantologie prise en charge par le RO.
- ✓ Optique : équipements 100% Santé, montures et verres hors 100% Santé, lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO.
- ✓ Aides auditives : aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par le RO, accessoires et piles pris en charge par le RO.
- ✓ Autres prestations : frais de transport pris en charge par le RO, cure thermique (honoraires, forfait, frais de transport et d'hébergement)

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)

- Soins courants : médicaments et contraceptifs non pris en charge par le RO, appareillage prescrit et non pris en charge par le RO
- Hospitalisation : chambre individuelle y compris en ambulatoire, forfait télévision.
- Prévention et médecine douce : vaccins non pris en charge par le RO, substituts nicotiques prescrits non pris en charge par le RO, caryotype foetal et amniocentèse non pris en charge par le RO, médecine douce et coaching (pédicure, podologue, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, nutritionniste, acupuncture, étiopathie, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, microkinésithérapie).
- Dentaire : prothèse fixe et transitoire non prise en charge par le RO, parodontologie non prise en charge par le RO (par semestre), implant racine
- Optique : chirurgie réfractive non prise en charge par le RO.
- Autres prestations : allocation naissance.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Téléconsultation
- ✓ Responsabilité Civile Scolaire
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Conseil social, information juridique, médicale, recherche d'un médecin
- ✓ Assistance à domicile : en cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant hospitalisation ou immobilisation, d'intervention chirurgicale, de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie
- ✓ Soutien à la famille : présence d'un proche (en cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant hospitalisation ou immobilisation, ou d'intervention chirurgicale)
- ✓ Soutien psychologique (en cas d'évènement traumatisant)
- ✓ Services d'assistance pour les aidants familiaux

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer à la Notice d'information.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépenses liées à des hospitalisations dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) et Maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS).
- ! Les dépassements de tarifs au-delà des prix limites de vente pour les équipements 100% Santé d'optique et d'aides auditives, et les dépassements d'honoraires au-delà des honoraires limites de facturation pour les soins et prothèses dentaires 100% Santé.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Frais d'accompagnant : prise en charge limitée à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans ou handicapé quel que soit son âge, ou une personne de plus de 70 ans.
- ! Chambre individuelle : prise en charge limitée à 60 jours par an en psychiatrie et 90 jours par an en soins de suite et réadaptation.
- ! Médecines douces : ne sont prises en charge qu'à la condition que le professionnel de santé soit titulaire d'un numéro ADELI / Finess / RPPS.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Dentaire : implants racines, prise en charge limitée à 2 implants racines par an.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer à la Notice d'information.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la prise en charge s'effectue sur présentation du volet de décompte de la Sécurité sociale accompagné des factures acquittées et traduites.
- ✓ Réseau de soins : en France (territoire métropolitain, départements et régions d'outre-mer (DROM) et collectivités d'outre-mer (COM)).
- ✓ Responsabilité Civile Scolaire : en France et dans le monde si le stage ou le voyage à l'étranger n'excède pas 90 jours consécutifs.
- ✓ Assistance : en France Métropolitaine et en outre-mer, en principauté d'Andorre, en principauté de Monaco (DROM, COM).



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat sous peine de suspension des garanties :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la survenance d'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
 - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par l'assuré, à la date indiquée dans le contrat.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le certificat d'adhésion.

Le Membre Participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage et vente à distance, qui commence à courir à compter de la conclusion de l'adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite tacitement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif :

- chaque année à la date de l'échéance principale du contrat moyennant un préavis de deux mois, soit avant le 31 octobre,
- à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la plus récente des deux dates entre la date d'adhésion au présent contrat et la date d'effet du dernier changement de niveau de garanties demandé le cas échéant.

La demande doit être adressée par lettre, tout autre support durable, moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité ou via le formulaire de résiliation accessible en ligne sur le site internet de la MGAS www.mgas.fr.

ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PREVOYANCE SERVICES

Les compagnies en coassurance :

MGAS - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301
475 Siège social : 98 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15.

Relyens Mutual Insurance - Société d'Assurance Mutuelle, 18 rue Edouard Rochet- 69372 LYON Cedex 08, Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 880 881 RCS Lyon.

PRODUIT : FONCTION PUBLIQUE D'ETAT – MAS - CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce contrat d'assurance Prévoyance a pour objet de permettre au Membre participant de bénéficier des prestations complémentaires à celles servies par le régime obligatoire d'assurance maladie en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente, de décès ou de PTIA.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le Membre Participant a le choix entre différents niveaux de garanties. Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction des rémunérations et indemnités du Membre Participant.

Garanties systématiquement prévues :

Les garanties ci-dessous ne peuvent être souscrites indépendamment les unes des autres

- ✓ En cas de Décès toutes causes ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : versement aux bénéficiaires d'un capital dont le montant correspond au niveau souscrit. Le capital est versé aux bénéficiaires en cas de décès ou directement à l'assuré par anticipation en cas de PTIA.
- ✓ En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) : versement d'indemnités journalières dont le montant correspond au niveau souscrit. L'indemnité est versée mensuellement et à termes échus à l'assuré.

Garanties optionnelles :

- En cas d'invalidité permanente : versement d'une rente mensuelle dont le montant correspond au niveau souscrit.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Les conséquences du fait intentionnellement causé ou provoqué par le Membre participant :

! de la participation à des paris, défis, tentatives de records sauf lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre d'une course ou compétition sportives qui nécessitent au préalable une autorisation administrative ou sont soumises à une obligation d'assurance légale,

! de la pratique d'un sport à titre professionnel,

! de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,

! de vols sur ailes volantes, planeur, ULM, parapente, sauts à l'élastique ou en parachute, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié titulaire des brevets et autorisations nécessaires à un tel encadrement,

! de courses motocyclistes et automobiles,

! d'activité sportive pratiquée sans respecter les règles de sécurité recommandées par la fédération du sport correspondant à l'activité,

! d'usage de stupéfiants, drogues non autorisées, produits toxiques,

! d'ingestion de médicaments non prescrits par un médecin ou absorbés abusivement,

! d'accidents dont est victime le Membre participant alors qu'il se trouve avec un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par la réglementation au jour de l'accident, lorsque sa responsabilité est engagée.

En ce qui concerne la garantie « Décès », outre les exclusions citées ci-dessus, sont également exclus :

! Le suicide ou le fait intentionnel pendant la première année suivant l'adhésion au présent contrat,

! Le meurtre commis par un bénéficiaire du capital décès sur la personne de l'Assuré, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné, auquel cas aucune somme n'est due à ce bénéficiaire.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail :

! Sont exclues les primes exceptionnelles et/ou aléatoires. Le régime indemnitaire (primes) n'entrent pas dans les assiettes de cotisations et prestations,

! Aucune prestation ne peut être versée pendant une journée de carence pour maladie.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer à la Notice d'information.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- × Les sinistres nés en dehors de la période de validité du contrat.
- × Les sinistres ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime général.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer à la Notice d'information



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France Métropolitaine, DROM, COM (Départements Régions d'Outre-mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat sous peine de suspension des garanties :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties,
- Informer la Mutuelle des événements suivants :
 - mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice,
 - congé parental, congé de formation professionnelle, disponibilité pour tous motifs, invalidité, retraite,
 - suspension, révocation, radiation des cadres.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Conformément aux dispositions de la Notice, la cotisation est fixée annuellement mais les cotisations sont payables mensuellement à la date indiquée dans le contrat.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est sur le certificat d'adhésion.

À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités.

L'adhésion au contrat est valable jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite automatiquement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat ou en cas de résiliation de l'adhésion à la garantie frais de santé ;

La date limite de ce contrat est le dernier jour du mois des 67 ans ou le passage à la retraite.



Comment puis-je résilier le contrat ?


Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus à la Notice d'information. Il peut notamment être résilié sans justificatif :








- chaque année à la date de l'échéance principale du contrat moyennant un préavis de deux mois, soit avant le 31 octobre,
- à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la plus récente des deux dates entre la date d'adhésion au présent contrat et la date d'effet du dernier changement de niveau de garanties demandé le cas échéant.

La demande doit être adressée par lettre, tout autre support durable, moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité ou via le formulaire de résiliation accessible en ligne sur le site internet de la MGAS www.mgas.fr.









ANNEXE 9 – Tableau des garanties Frais de santé

4 formules pour votre protection



Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire **en incluant la part de celui-ci**, soit en euros par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et dans les conditions et limites définies dans la Notice d'Information. Les formules Base, Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3 sont solidaires et responsables ; elles répondent aux exigences de la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables (articles L 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité Sociale).  **Avantages MGAS**

 SOINS COURANTS	Base ⁽¹⁾	Niveau 1 ⁽¹⁾	Niveau 2 ⁽¹⁾	Niveau 3 ⁽¹⁾
Honoraires médicaux				
Consultations et visites des généralistes OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	100 %	140 %	140 %
Consultations et visites des généralistes non OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	100 %	120 %	120 %
Consultations et visites des spécialistes OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	130 %	160 %	200 %
Consultations et visites des spécialistes non OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	110 %	140 %	180 %
Soins à l'étranger pris en charge par le RO Français ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	100 %	120 %	120 %
Actes techniques médicaux non OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de radiologie et d'imagerie OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	130 %	140 %	160 %
Actes de radiologie et d'imagerie non OPTAM / OPTAM -CO ⁽²⁾	100 %	110 %	120 %	140 %
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO (par année civile)	50 €	50 €	50 €	50 €
Honoraires paramédicaux				
Honoraires des auxiliaires médicaux et des sages-femmes	100 %	100 %	120 %	120 %
Téléconsultations				
Téléconsultations non prises en charge par le RO - Service Santéclair 	illimitées	illimitées	illimitées	illimitées
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoires	100 %	100 %	120 %	140 %
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important (pris en charge à 65 %)	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments à Service Médical Rendu modéré (pris en charge à 30 %)	30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments à Service Médical Rendu faible (pris en charge à 15 %)	15 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments et contraceptifs non pris en charge par le RO (sur prescription médicale et par année civile) ⁽⁴⁾ 	-	40 €	50 €	60 €
Matériel médical ⁽⁵⁾				
Orthèses	100 %	200 %	250 %	300 %
Pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie	100 %	135 %	150 %	200 %
Autres équipements non pris en charge par le RO (par année civile) ⁽⁶⁾	-	25 €	50 €	75 €
Prothèse capillaire (par prothèse et par année civile) ⁽⁷⁾ 	150 €	500 €	500 €	500 €
Prothèse mammaire (par prothèse et par année civile) ⁽⁷⁾ 	350 €	600 €	600 €	600 €
Grand appareillage dont véhicule pour personnes atteintes d'un handicap 	100 %	200 %	250 %	300 %
 HOSPITALISATION ⁽⁸⁾	Base ⁽¹⁾	Niveau 1 ⁽¹⁾	Niveau 2 ⁽¹⁾	Niveau 3 ⁽¹⁾
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier (sans limitation de durée)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires				
Honoraires des praticiens OPTAM / OPTAM-CO ⁽⁹⁾	100 %	150 %	200 %	300 %
Honoraires des praticiens non OPTAM / OPTAM-CO ⁽⁹⁾	100 %	130 %	180 %	200 %
Fécondation in vitro non prise en charge par le RO (par acte)	85 €	85 €	85 €	85 €

1. Les remboursements tiennent compte de la part remboursée par le RO et le Régime Complémentaire (RC). 2. Les options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) sont un dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non signataires de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO sera inférieure de 20 % à celle des médecins signataires, sauf mentions contraires et une prise en charge minimum imposée par la réglementation sans pouvoir dépasser 200 % de la base de remboursement. 3. Sur présentation du volet de décompte de la Sécurité Sociale accompagné des factures acquittées et traduites. 4. Sur présentation de la prescription médicale accompagnée de la facture détaillée et acquittée de la pharmacie - A l'exclusion des produits de parapharmacie. 5. Dans le cadre de la réforme du 100 % Santé, la MGAS étend son dispositif de prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap et des prothèses capillaires. Pour plus de renseignements, se référer à la notice d'information applicable. 6. Tout appareillage prescrit non pris en charge par le RO. 7. Le forfait inclut le ticket modérateur. 8. Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et celles des établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS). 9. Les options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) sont un dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non signataires de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO sera inférieure de 20 % à celle des médecins signataires, sauf mentions contraires et une prise en charge minimum imposée par la réglementation sans pouvoir dépasser 200 % de la base de remboursement.

 HOSPITALISATION (2)				
Frais de séjour (sans limitation de durée)	100 %	100 %	150 %	180 %
Forfait patient urgence	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire pour les actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais liés à l'hébergement				
Chambre individuelle (par jour)				
Ambulatoire 	-	15 €	25 €	25 €
Médecine, chirurgie et maternité (sans limitation de durée)	-	40 €	55 €	70 €
Psychiatrie (dans la limite de 60 jours par année civile)	-	30 €	50 €	60 €
Soins de suite et de réadaptation (dans la limite de 90 jours par année civile)	-	20 €	40 €	50 €
Autres frais liés à l'hébergement				
Forfait télévision (par jour) 	-	2 €	3 €	5 €
Frais d'accompagnant (par jour) (3)	25 €	30 €	35 €	35 €
Cagnotte de 100€ par année civile, cumulable chaque année jusqu'à 500€ (applicable sur la chambre particulière, les lits et repas d'accompagnant, les frais de TV, le wifi) voir Notice d'Information	-	Inclus	Inclus	Inclus
 PRÉVENTION, MÉDECINE DOUCE, SOUTIEN				
Prévention 				
Vaccins pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccins non pris en charge par le RO (sur prescription médicale)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Sevrage tabagique pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiniques non pris en charge par le RO (4) (sur prescription médicale et par année civile)	-	200 €	225 €	250 €
Actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable) (5)	100 %	100 %	100 %	100 %
Amniocentèse non prise en charge par le RO (par année civile)	-	65 €	80 €	100 €
Caryotype foetal non pris en charge par le RO (par année civile)	-	120 €	135 €	150 €
Prévention de l'asthme et des allergies : achat d'équipement (housse anti-acarienne, purificateur d'air...) sur prescription médicale. Forfait tous les 3 ans	100 €	100 €	100 €	100 €
Bilan de santé visuel, bilan auditif, bilan dentaire	Inclus dans Santéclair (sur l'espace adhérent mgas.fr)			
Médecine douce et coaching				
Pédicure, podologue, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, nutritionniste, acupuncture, étiopathie, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, microkinésithérapie (6) 	-	100 €	120 €	140 €
Coaching : Linecoaching pour la nutrition et Thérasomnia pour le sommeil	Inclus dans Santéclair (sur l'espace adhérent mgas.fr)			
Soutien				
Séances prises en charge par le RO - Dispositif MonPsy	100 %	100 %	100 %	100 %
Entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien (par année civile) - Service IMA Assistance 	5	5	5	5
 DENTAIRE (7)				
Soins et prothèses 100% Santé - dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) (8)				
Soins et prothèses entrant dans le panier de soin « 100% Santé » Remboursement intégral (RO + RC) à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins hors 100% Santé				
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) (9) ou par un chirurgien-dentiste	100 %	100 %	120 %	140 %
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (non OPTAM ou OPTAM-CO) (9)	100 %	100 %	100 %	120 %

1. Les remboursements tiennent compte de la part remboursée par le RO et le Régime Complémentaire (RC). 2. Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et celles des établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS). 3. Pour accompagner un enfant de moins de 16 ans, ou un enfant handicapé quel que soit son âge, ou une personne de plus de 70 ans. Uniquement pour le lit accompagnant et les repas servis à l'hôpital ou en clinique (frais de transport exclus). 4. Sur présentation d'une prescription médicale accompagnée de la facture détaillée et acquittée de la pharmacie/parapharmacie. A l'exclusion de la cigarette électronique et des séances d'hypnose. 5. Conformément à la législation sur le contrat responsable, en référence aux L.871-1 et R871-7 du Code de la Sécurité sociale. 6. Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités - Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli ou RPPS (lorsque applicable pour la spécialité). 7. Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont pris en charge. Pour l'orthodontie, seuls les actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NAGP) sont pris en charge. 8. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1^{er} janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. 9. Les options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) sont un dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non signataires de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO sera inférieure de 20 % à celle des médecins signataires, sauf mentions contraires et une prise en charge minimum imposée par la réglementation sans pouvoir dépasser 200 % de la base de remboursement.

 DENTAIRE (2)	Base (1)	Niveau 1 (1)	Niveau 2 (1)	Niveau 3 (1)
Soins hors 100% Santé				
Inlay, Onlay	100 %	150 %	200 %	250 %
Parodontologie non prise en charge par le RO (par année civile)	-	250 €	300 €	400 €
Prothèses hors 100% Santé - Dans la limite des HLF				
Prestations prises en charge par le RO				
Inlay-core	100 %	120 %	150 %	200 %
Prothèse dentaire	100 %	250 %	300 %	350 %
Rebasage, réparation, adjonction, renfort	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépassement sur rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)	-	200 €	200 €	200 €
Prestations non prises en charge par le RO				
Prothèse transitoire (par prothèse) (3)	-	30 €	50 €	50 €
Prothèse fixe (par prothèse) (3)	-	150 €	300 €	430 €
Orthodontie				
Prestations prises en charge par le RO				
Traitement d'orthodontie	125 %	250 %	350 %	400 %
1 ^{ère} année de contention	100 %	250 %	250 %	250 %
2 ^{ème} année de contention et autres soins d'orthodontie	100 %	250 %	250 %	250 %
Prestations non prises en charge par le RO				
Traitement ou 1 ^{ère} année de contention (par semestre) (4)	70 %	350 €	350 €	450 €
Implantologie				
Couronne sur implant prise en charge par le RO	100 %	300 %	350 %	400 %
Actes d'implantologie pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Implant racine pris en charge ou non par le RO (maximum 2 implants par année civile) (5)(6)	100 %	450 €	650 €	800 €
 OPTIQUE (7)	Base (1)	Niveau 1 (1)	Niveau 2 (1)	Niveau 3 (1)
Équipements 100% Santé - dans la limite des prix limites de vente (PLV) (8)				
Remboursement intégral (RO + RC) d'un équipement optique (verres et montures de classe A) à hauteur des prix limites de vente - Avec le pack 100% santé Santéclair, je peux bénéficier d'avantages complémentaires : montures Origine France Garantie, choix élargi de montures et verres de marque amincis chez les opticiens du réseau Santéclair ❤️	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Équipement enfants -16 ans hors 100% Santé (tarifs libres)				
Monture	100 %	45 €	65 €	80 €
Verre unifocal simple	100 %	35 €	50 €	70 €
Verre unifocal complexe	100 %	85 €	90 €	100 €
Verre multifocal ou progressif complexe	100 %	95 €	100 €	110 €
Verre multifocal ou progressif très complexe	100 %	100 €	110 €	120 €
Équipement adultes 16 ans et + hors 100% Santé (tarifs libres)				
Monture	30 €	50 €	70 €	90 €
Verre unifocal simple	25 €	25 €	40 €	45 €
Verre unifocal complexe	85 €	85 €	100 €	125 €
Verre multifocal ou progressif complexe	85 €	85 €	100 €	125 €
Verre multifocal ou progressif très complexe	85 €	115 €	150 €	170 €
Suppléments				
Suppléments optique	100%	120%	150%	200%

1. Les remboursements tiennent compte de la part remboursée par le RO et le Régime Complémentaire (RC). 2. Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont pris en charge. Pour l'orthodontie, seuls les actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge. 3. A l'exclusion des facettes dentaires et des appareillages en propulsion mandibulaire. 4. Le forfait est pris en charge au prorata de la date d'adhésion. 5. Pour l'implantologie et les soins prothétiques non remboursés, le calcul s'effectue sur la base reconstruite telle que définie dans la CCAM dentaire. A l'exclusion des actes ne comportant pas de base. 6. Par implant racine à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage. 7. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) ne peut intervenir avant une période de 2 ans selon la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. 8. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1^{er} janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

OPTIQUE (2)

Lentilles (3)

	Base (4)	Niveau 1 (5)	Niveau 2 (5)	Niveau 3 (5)
Lentilles de contact prescrites et prises en charge par le RO (par année civile)	100 €	140 €	160 €	180 €
Lentilles de contact prescrites et non prises en charge par le RO (par année civile)	100 €	140 €	160 €	180 €
Autres soins				
Chirurgie réfractive non prise en charge par le RO (par oeil et par année civile)	-	250 €	350 €	450 €

AIDES AUDITIVES

Équipements 100% Santé - dans la limite des prix limites de vente (PLV) (4)

	Base (4)	Niveau 1 (5)	Niveau 2 (5)	Niveau 3 (5)
Équipements « 100% santé » tels que définis réglementairement - Remboursement intégral (RO + RC) d'une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans, à hauteur des prix limites de vente	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Bilan acoustique du nouveau né non pris en charge par le RO	23 €	23 €	23 €	23 €

Aides auditives hors 100% santé

Aides auditives pour les moins de 21 ans et les plus de 21 ans atteints de cécité hors 100% santé (par oreille et tous les 4 ans) - Le forfait en euros intègre le remboursement du RO et de la MGAS	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €
Aides auditives pour les 21 ans et plus hors 100% santé (par oreille et tous les 4 ans) Le forfait en euros intègre le remboursement du RO et de la MGAS	400 €	600 €	700 €	800 €
Accessoires et piles pris en charge par le RO	100 %	170 %	185 %	200 %

AUTRES PRESTATIONS

Cures thermales prises en charge par le RO

Honoraires et forfait	-	100 %	100 %	100 %
Frais d'hébergement	-	230 €	230 €	230 €
Frais de transport pris en charge par le RO	-	100 %	100 %	100 %
Autres				
Frais de transport pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %

Action sociale

Inclus dans votre contrat MGAS

TRANQUILLITÉ

Allocation Naissance (5)

	Base (4)	Niveau 1 (5)	Niveau 2 (5)	Niveau 3 (5)
Allocation Naissance	-	155 €	155 €	155 €
Tranquil'Exam - Allocation en cas de redoublement ou de réinscription à un concours consécutif à un événement ayant eu lieu dans les 15 jours qui précèdent l'examen / le concours (hospitalisation de plus de 3 jours, décès d'un proche...) (6)	Jusqu'à 1 000 €	Jusqu'à 1 000 €	Jusqu'à 1 000 €	Jusqu'à 1 000 €
Isanté - En partenariat avec <i>health</i> , participation à l'achat d'un dispositif médical ou produit de bien-être pour faciliter mon quotidien (balances et bracelets d'activité et de sommeil connectés, tensiomètres, oxymètre de pouls, glucomètres connectés) (par année civile)	50€	50€	50€	50€

Mes couvertures professionnelles

Inclus dans votre contrat MGAS

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ (6)

Information, prise en charge de la phase amiable, du contentieux et du suivi des dossiers pour des litiges mettant en cause un professionnel de santé exerçant dans le domaine médical ou paramédical (médecin généraliste ou spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, ...), un établissement de santé ou un organisme de protection sociale Franchise de 230 € et prise en charge jusqu'à 20 000 €

	Base (4)	Niveau 1 (5)	Niveau 2 (5)	Niveau 3 (5)
Information, prise en charge de la phase amiable, du contentieux et du suivi des dossiers pour des litiges mettant en cause un professionnel de santé exerçant dans le domaine médical ou paramédical (médecin généraliste ou spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, ...), un établissement de santé ou un organisme de protection sociale Franchise de 230 € et prise en charge jusqu'à 20 000 €	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse

1. Les remboursements tiennent compte de la part remboursée par le RO et le Régime Complémentaire (RC). 2. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (monture - 2 verres) ne peut intervenir avant une période de 2 ans selon la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L1165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. 3. **À l'exclusion des produits d'entretien, accessoires et lentilles de couleur non correctrices.** La participation pour les lentilles prises en charge est versée en complément de la part du RO. 4. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1^{er} janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. 5. Les prestations versées au titre de l'action sociale sont soumises à appréciation et au contrôle de la commission d'action sociale de la MGAS dans les limites et conditions définies dans la Notice d'Information. 6. Selon les conditions et limites de la notice du contrat disponible sur mgas.fr.

2 formules prévoyance pour votre protection et des garanties supplémentaires optionnelles

Quiétude Quiétude Max

Les garanties sont exprimées en pourcentage du Traitement Indiciaire Brut (TIB) et du Régime Indemnitare (primes liées au poste occupé). Les conditions d'adhésion et de couverture, ainsi que les limites sont décrites dans le Règlement Mutualiste.

	Offre prévoyance	
	Quiétude	Quiétude Max
En cas de décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)		
Capital Décès	115 %	130 %
Majorations du capital décès		
Majoration en cas d'Accident	Capital décès x 2	
Majoration en cas d'Accident de service (trajet compris)	Capital décès x 3	
Majoration en cas de décès concomitant du conjoint	Capital décès x 2	
Capital Éducation (par enfant scolarisé)	10 000 €	10 000 €
Capital Orphelin handicapé	40 000 €	60 000 €
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	115 %	130 %
En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de Travail		
Complément de perte de traitement / salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	70 %	80 %
En cas d'Invalidité Permanente		
Rente Invalidité Permanente Totale (IPT) (Taux invalidité > 66%)	55 %	80 %
Rente Invalidité permanente partielle (IPP) (Taux invalidité N entre 33% et 66%)	55% x N / 66	50%
Garanties supplémentaires optionnelles		
Option dépendance		
Dépendance totale GIR 1 - 2 et 3 (montant mensuel)	de 500 € à 2 000 €	
Dépendance partielle Gir 4 (capital versé en une seule fois)	Capital 300% du montant de la rente souscrite	
Option décès		
Frais obsèques	100% PMSS	

