Règlement Mutualiste

Activ'Santé

Dispositions générales

Dispositions applicables à partir du 1er janvier 2020

Table des matières

RÈGLEMENT MUTUALISTE

PREAMBULE 3
TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3
TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ » 12
TITRE III - COTISATIONS 17
TITRE IV - GARANTIES DE PRÉVOYANCE 20
TITRE V - ACTION SOCIALE, PRÉVENTION ET SERVICES 21

ANNEXES

Annexe 1 - Obligations d'information précontractuelle - Vente à distance 26
Annexe 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection 28
Annexe 3 - Services Santéclair 32
Annexe 4 - MGAS Assistance 34
Annexe 5 - Assurance scolaire/étudiante 53
Annexe 6 – Responsabilité civile et protection juridique des élèves et étudiants paramédicaux 60
Annexe 7 - Fonction Publique Territoriale - Labellisation 73
Annexe 8 - Tableaux des garanties Activ' santé 75
Annexe 9 - Notice Prévoyance MGAS Séréna 79
Annexe 10 – Document d'information préalable santé et prévoyance 100
Annexe 11 – Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire 105
Annexe A – Obligations d'information précontractuelle - Vente à distance – Contrat de sortie CSS 112
Annexe B – Document d'information préalable santé 113

RÈGLEMENT MUTUALISTE

PREAMBULE

Peut adhérer au présent Règlement Mutualiste toute personne n'ayant pas encore fait valoir ses droits à la retraite professionnelle.

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - **Définitions**

Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- Le terme « Mutuelle » 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, et dont le siège social est 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15,
- Le terme « Association » désigne l'Association MGAS Protection, association Loi 1901, domiciliée au 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15,
- Le terme « Membre Participant » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et ouvrant le droit à ses Ayants droit (Article L.114-1 du Code de la mutualité),
- L'expression « 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,
- L'expression « garantie de prévoyance » désigne la garantie pouvant couvrir notamment l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Invalidité ou le décès, la dépendance.

Pour faciliter la lecture du présent Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les Membres Participants à consulter le glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) disponible sur le site internet de la Mutuelle (mgas.fr). Ce glossaire n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les Membres Participants.

Article 2 - **Objet**

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, et ce conformément à l'Article L.114-1 du Code de la mutualité.

Tous les Membres Participants sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le présent Règlement Mutualiste répond aux exigences de l'Article L.110-2 du Code de la mutualité.

Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations ainsi que la formule et les garanties qui ont été choisies par le Membre Participant et les « Dispositions Particulières » applicables au Membre Participant compte tenu de sa situation.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur Institutionnel et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste (« Dispositions Générales » et « Dispositions Particulières »), conformément à l'Article L.114-1 du Code de la mutualité.

Conformément à l'Article L.221-5 du Code de la mutualité, toute modification du présent Règlement Mutualiste, (en ce inclus les cotisations et les prestations et ce aussi bien à la hausse qu'à la baisse) doit être portée à la connaissance des Membres Participants.

Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux Membres Participants entre autres via le journal d'information de la Mutuelle, via e-mail, etc.

Toute modification n'est applicable qu'après avoir été notifiée aux Membres Participants.

En application de l'Article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses Membres Participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des Membres Participants ou les catégories de Membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

Lorsque la Mutuelle présente des risques portés par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, elle agit comme distributeur d'assurance au sens de l'Article L.116-1 du Code de la mutualité.

Article 3 - **Informations précontractuelles**

I. Opérations individuelles

La Mutuelle remet au Membre Participant ou futur Membre Participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les Statuts et Règlement Intérieur et Institutionnel et le Règlement Mutualiste, qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques, ainsi que le document d'information normalisé, conformément à l'Article L.221-4 du Code de la mutualité. Le Règlement Mutualiste comporte un document annexé listant les informations précontractuelles obligatoires en cas de vente à distance au sens de l'Article L.221-18 du Code de la mutualité.

Le Règlement Mutualiste se compose de deux parties :
- Une première partie intitulée « Dispositions Générales » qui comporte les clauses générales applicables aux Membres Participants de la Mutuelle adhérant de manière individuelle au Règlement Mutualiste,
- Une seconde partie intitulée « Annexes » qui vient compléter les « Dispositions Générales » du Règlement Mutualiste et qui comporte les dispositions spécifiques applicables à la situation du Membre Participant.

Les « Dispositions Particulières » applicables à un Membre Participant sont indiquées sur son bulletin d'adhésion, au Règlement Mutualiste et sur le certificat de garanties transmis par la Mutuelle au Membre Participant en confirmation de son adhésion.

II. Opérations collectives

Concernant les contrats collectifs souscrits en application de l'Article L.221-3 du Code de la mutualité, ainsi que les contrats collectifs à adhésion facultative souscrits auprès d'autres organismes assureurs, la Mutuelle remet au Membre Participant, conformément à l'Article L.221-6 du Code de la mutualité, une notice d'information établie par l'organisme assureur 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. Ces notices correspondant à des garanties obligatoires, figurent en annexes du présent Règlement Mutualiste. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants par avenant au contrat collectif, la Mutuelle doit informer chaque Membre Participant en lui remettant à cet effet une notice fournie par l'organisme assureur au moins trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications.

III. Adhésion à l'Association MGAS Protection

En adhérant à la Mutuelle, le Membre Participant adhère automatiquement et à titre gracieux à l'Association MGAS Protection dont les statuts sont reproduits en annexe.

Article 4 - **Catégories mutualistes**

I. Membres Participants

Peuvent adhérer, en qualité de Membres Participants, les populations décrites en Préambule du présent Règlement Mutualiste.

II. Ayants droit

Les Ayants droit sont les personnes qui bénéficient de la garantie frais de santé choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.
Sont considérées comme Ayants droit d'un Membre Participant les personnes listées ci-après :
- Son conjoint, non séparé de corps judiciairement ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- Son concubin, entendu comme la personne, exerçant ou non une activité professionnelle, et partageant le même domicile que le Membre Participant dans la mesure où l'un et l'autre sont libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire chacun est célibataire, séparé de corps, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS avec une autre personne).
Le concubinage est attesté par une déclaration sur l'honneur, adressée à la Mutuelle, indiquant le numéro de Sécurité sociale des deux concubins, certifiant que le concubinage est notoire et signée par chacun des intéressés.
- La personne ayant conclu un contrat de PACS avec le Membre Participant,
- Les enfants, entendus comme les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, recueillis au foyer du Membre Participant, de son conjoint ou concubin, ou partenaire pacsé. Ils doivent être :
-- Âgés de moins de 29 ans
-- Handicapés, sans limite d'âge, ne pouvant se livrer à aucune activité professionnelle, et percevant, quel que soit leur âge, une allocation prévue par la législation en faveur des handicapés,
- Ses ascendants à la condition que leur adhésion ait été demandée concomitamment à celle du Membre Participant et en tout état de cause, avant qu'ils n'aient atteint l'âge de 65 ans révolus.

CHAPITRE 1 - Adhésion

Article 5 - **Formalités d'adhésion**

Pour être recevable par la Mutuelle, la 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 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,
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 seront effectués sur le compte du Membre Participant,
Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide,
Pour toute personne en situation de handicap :
Une photocopie de la carte d'invalidité.

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle sera notifiée au Membre Participant par un ou plusieurs courriers, dont le certificat de garantie, qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (Membre Participant et le cas échéant le(s) Ayant(s) Droit) :

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

Le ou les courriers pourront éventuellement être transmis par voie électronique, si le Membre Participant en a donné son accord sur le bulletin d'adhésion. 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.

La Mutuelle peut être amenée à recueillir des 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 proposées au Membre Participant**

I. Garantie « Frais de santé »

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant adhère obligatoirement à la garantie frais de santé, dans les conditions prévues dans le présent Règlement Mutualiste.

II. Garanties de « Prévoyance »

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant relevant de la Fonction Publique d'État ou de la Fonction Publique Hospitalière, **adhère obligatoirement aux garanties de Prévoyance**.

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant en activité ne relevant pas de la Fonction Publique, ou relevant de la Fonction Publique Territoriale, ne peut pas adhérer aux garanties de Prévoyance à compter du 1er janvier 2020.

Toutefois, le Membre Participant relevant de la Fonction Publique Territoriale, ayant déjà adhéré à la Mutuelle dans le cadre d'une labellisation de garanties de prévoyance avant le 1er janvier 2020, peut bénéficier des garanties de Prévoyance.

Un Membre Participant en activité relevant de la fonction Publique Territoraile et obligatoirement et concommitamment du COS 24 peut exceptionnellement demander à adhérer aux garanties de prévoyance à compter du 1er janvier 2020.

Lesdites garanties de prévoyance sont décrites en annexes des présentes Dispositions Générales.
Le Membre Participant peut aussi bénéficier, selon son statut, de garanties assurées par d'autres organismes que la Mutuelle.

III. Services

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, bénéficie de garanties et services assurés par la Mutuelle ou par d'autres organismes :
Assurance scolaire,
MGAS Assistance,
Réseau de soins Santéclair.
Dans les conditions prévues dans le présent Règlement Mutualiste et ses annexes.

IV. Autres garanties
Selon sa situation, il peut bénéficier de garanties ou et de services supplémentaires qui sont décrits en annexe du présent Règlement Mutualiste.

V. Action sociale
Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, peut bénéficier d'aides sociales dans les conditions d'attribution prévues à cet effet et décrites dans le présent Règlement Mutualiste.

Article 7 - **Prise d'effet de l'adhésion**

I. Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle
La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est le 1er jour :
- Du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle
- D'un mois postérieur selon le souhait de l'adhérent.
Cette date d'effet ne peut être rétroactive.

II. Prise d'effet de la garantie « Frais de santé » et des services associés à la garantie santé
Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'Article 5, la garantie « Frais de Santé » et les services associés prennent effet le 1er jour :
- Du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle,
- D'un mois postérieur si cela a été demandé par le Membre Participant sur le bulletin d'adhésion.

III. Prise d'effet de la garantie « Frais de santé » et des services associés à la garantie santé en cas d'ajout d'Ayant(s) Droit
Lors de l'ajout d'un Ayant droit suite à mariage, concubinage, conclusion d'un PACS, l'ajout prendra effet au 1er jour du mois de l'évènement si la déclaration a été faite dans le mois de l'évènement.

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

À défaut, la garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande d'ajout à la Mutuelle.

IV. Prise d'effet des garanties de « Prévoyance »
Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'Article 5, les garanties de Prévoyance prennent effet à la date d'effet de l'adhésion.

La date de prise d'effet ci-dessus mentionnée n'est pas exclusive de délais de stage, de franchises ou de questionnaire de santé, prévus par les « Dispositions Particulières » ou par les Conditions Générales et les Notices d'Information de chaque garantie de Prévoyance.

Article 8 - **Durée et renouvellement de l'adhésion**

L'adhésion à la garantie « Frais de Santé » et aux garanties « Prévoyance », ou ultérieurement à d'autres garanties, est valable pour une année civile, soit du 1er 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 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues aux Articles 10 et 11 du présent Règlement Mutualiste.

CHAPITRE 2 - Renonciation, résiliation, démission

Article 9 - **Faculté de renonciation**

À compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'Article L.221-18 du Code de la mutualité 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.

Pour exercer son droit de renonciation, le Membre Participant doit notifier à la MGAS 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 **à la MGAS (**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, la Mutuelle lui enverra sans délai un accusé de réception de la renonciation sur un support durable (par exemple, par courriel).

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, la Mutuelle rembourse tous les paiements reçus du Membre Participant au plus tard trente jours à compter du jour où la Mutuelle est informée de la décision de renonciation du Membre Participant.

La Mutuelle 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 la Mutuelle le versement de prestations pendant le délai de renonciation de trente jours visé ci-dessus, le Membre Participant ne peut plus exercer sa faculté de renonciation puisqu'il a demandé expressément l'exécution de son contrat par la Mutuelle.

Article 10 - **Résiliation par le Membre Participant**

I. Résiliation à la date d'échéance annuelle

Conformément à l'Article L.221-10 du Code de la mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée ou recommandée électronique ou recommandée électronique à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.
La demande prend effet le 1er janvier à zéro heure de l'année suivante.

Selon les dispositions de l'Article L.221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice par le Membre Participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.
Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le Membre Participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.
Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.
Lorsque cette information ne lui a pas été adressée le Membre Participant peut, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, mettre un terme à l'adhésion au Règlement mutualiste, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

La résiliation prend effet le lendemain de la date d'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique.
Le Membre Participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.
Le cas échéant, doit être remboursée au Membre Participant, dans un délai de soixante jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.
À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

II. Résiliation en cours d'adhésion

Chaque Membre Participant peut :

- Demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion à la Mutuelle 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 recommandée ou recommandée électronique avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1er jour du mois suivant la réception du justificatif.
- Demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion dans les conditions fixées à l'Article L.221-17 du Code de la mutualité.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 11 - **Résiliation par la Mutuelle**

I. Non-paiement des cotisations

En application de l'Article L.221-7 du Code de la mutualité, le non-paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties.

Tout Membre Participant en situation d'impayés s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement en application de l'alinéa 4 de l'Article L.221-7 du Code de la mutualité.

À défaut de paiement par le Membre Participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du Membre Participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

À défaut de paiement, la Mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

II. Non-respect des conditions liées au champ de recrutement et résiliation pour modification du risque

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du Membre Participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement défini à l'Article 5-1 de ses Statuts ne sont plus remplies, et ce dans les conditions fixées à l'Article L.221-17 du Code de la mutualité. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 12 - **Retrait d'un Ayant Droit**

Conformément à l'Article 6 des Statuts de la Mutuelle, la démission 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 du courrier du Membre Participant.

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

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

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la démission 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 démission des garanties sur le droit à prestation**

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 avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS LÉGALES

Article 14 - **Fausses déclarations**

I. Fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la MGAS 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 MGAS, 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 à la MGAS qui a 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 35 ci-après.

II. 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 prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du Règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée. La Mutuelle 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 - **Exclusion**

Dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité et les statuts, le Membre Participant qui porte atteinte aux intérêts de la Mutuelle peut en être exclu. La mise en œuvre de la procédure d'exclusion est prévue aux statuts.

Article 16 - **Subrogation**

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a 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 la Mutuelle 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 17 - **Prescription**

Conformément à l'Article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (à l'exception de l'action concernant le recouvrement d'un indu par la Mutuelle qui est régie par une prescription de cinq ans).

Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle 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 la Mutuelle 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 dix 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 ans à compter du décès du Membre Participant.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription

c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.
Pour la prescription biennale, conformément à l'Article L.221-12 du Code de la mutualité, 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 biennale peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

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

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membres Participants.
Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux Membres Participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 19 - **Conflit d'intérêt**

La mutuelle a mis en place une politique interne lui permettant de détecter et d'identifier tout conflit d'intérêt tel que défini à l'article L522-2 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 20 - **Réclamations, Médiations**

I. 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 30129
37206 Tours Cedex,

Par e-mail : 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 la réception de la réclamation,
À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

II. Médiation

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle MGAS est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

Par courrier :
Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Par e-mail : mediation@mutualite.fr

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.

Article 21 - **Loi et langue applicable - juridiction compétente**

Les relations contractuelles établies entre les Membres Participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française.
Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.
La langue française est la langue applicable au présent Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.
En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils judiciaires.

Article 22 - **Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**

Conformément au Code de la mutualité, la MGAS est soumise 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 23 - **Protection des données personnelles**

23-1 Le responsable du traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par la MGAS, qui est responsable de traitement. La MGAS est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 784 301 475. 96 avenue de Suffren, 75730 Paris 15.

23-2 Collecte des données

Lors de la collecte de données personnelles la MGAS, en tant que responsable de traitement et conformément à la règlementation en vigueur à un devoir d'information concernant :

- La nature des données collectées
- Les finalités de traitement de ces données, les destinataires ou catégories de destinataires de ces données
- La durée de conservation des données collectées
- Les droits des personnes en matière de données personnelles
- L'exercice de ces droits

23-3 Nature des données collectées

Les données personnelles susceptibles d'être collectées et traitées par la MGAS sont les suivantes :

- Informations d'identification : nom, prénom, état civil, date et lieu de naissance
- Coordonnées : adresse postale, e-mail, numéro de téléphone
- Informations professionnelles et personnelles : employeur, situation familiale et professionnelle,
- Informations financières, bancaires, fiscales : RIB, ressources
- Enregistrements téléphoniques et électroniques : enregistrement et archivage des appels téléphoniques et échanges de mails avec nos agents et/ou centres d'appel

Certaines données personnelles collectées sont caractérisées comme « sensible » par la règlementation. Elle concerne uniquement les adhérents et leurs ayant-droits :

- Informations d'identification : Numéro de sécurité sociale (NIR)
- Information de santé : conditions physique, mentale ou médicale, prestations de santé perçues, date et survenance des arrêts de travail, d'un décès.

23-4 Les finalités de traitement des données personnelles et les destinataires

Les données précédemment citées sont utilisées aux fins suivantes :

- Dans le cadre de notre relation contractuelle (assurance(s), action sociale): gestion de vos contrats, de vos sinistres, de vos cotisations
- Pour vous contacter concernant nos offres, notre actualité et nos services : prospection commerciale, offres promotionnelles, nouveaux produits, revue d'information sur la mutuelle, prévention
- Etude de besoins et de satisfaction : enquêtes de suivi et d'amélioration des services, produits qui vous sont proposés
- Intérêts légitimes : Etudes tarifaires, études actuarielles, cadre légal et règlementaire (lutte antiblanchiment, article 1649 AC code général des impôts, Agira, Ficovie, DSN, Caisse des Dépôts et Consignation…), gestion comptable, contrôle interne, définition des provisions…
- Interaction avec des tiers : outil de gestion des liquidations de vos prestations, votre réseau de soins, les distributeurs d'assurance, , nos réassureurs/coassureurs, nos différents partenaires (fournisseurs de couvertures d'assurance , prestataires de services, sous-traitants….), organismes publics ou privés chargé d'une mission de service public : Sécurité Sociale, Finances publiques, Caisse des Dépôts et Consignations…

Comme le veut la règlementation, la MGAS s'engage à limiter au strict nécessaire la transmission des données personnelles qu'elle détient auprès des tiers. Par ailleurs aucune donnée personnelle n'est transférée par la MGAS hors de l'Union Européenne.ni par un tiers (selon la connaissance de la MGAS).

23-5 Durée de conservation des données personnelles
Les informations personnelles recueillies sont conservées par la Mutuelle pendant une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription.

23-6 Vos droits
Droit d'accès : Il s'agit de votre droit à accéder à l'ensemble des données personnelles détenues par la MGAS vous concernant.
Droit de rectification : Il s'agit de votre droit à, selon les cas, rectifier, compléter, mettre à jour ou supprimer les données personnelles détenues par la MGAS vous concernant.
Droit d'opposition : Il s'agit de votre droit à vous opposer, pour des motifs légitimes, au traitement de vos données personnelles, sauf si celui-ci répond à une obligation légale. Il concerne également votre droit de vous opposer à la réutilisation de vos coordonnées à des fins de sollicitations, notamment commerciales.
Droit à l'effacement : Il s'agit de votre droit à obtenir la suppression de vos données personnelles sauf si celles-ci répondent à une obligation légale.
Droit à la limitation : Il s'agit de votre droit de blocage des traitements de vos données personnelles. Il s'applique dans le cas où vous contesteriez l'exactitude des données détenues par la MGAS et vient en complément de vos autres droits (rectification, opposition…)
Droit à la portabilité : Il s'agit de votre droit à disposer de vos données personnelles dans un format ouvert et lisible informatiquement.
Vous avez également le droit de définir des directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès.

23-7 Comment exercer vos droits ?
Vous pouvez demander l'exercice de ces droits, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès de la MGAS selon les modalités suivantes :
Par courrier : MGAS, Délégué à la protection des données – 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex
Par e-mail : dpo@mgas.fr
Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (adresse postale : CNIL 3 place de Fontenoy – TSA 80715- 75334 Paris cedex 07 – téléservice de plainte en ligne : https://www.cnil.fr/fr/plaintes) en matière de protection des données personnelles si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

Article 24 - **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.

I. 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 bénéficient des prestations de la formule à laquelle ils ont adhéré.
Les Membres Participants en activité peuvent adhérer à l'une des formules de la garantie « Frais de Santé » de la Mutuelle sans aucune limite d'âge.
Les tableaux des garanties en vigueur sont reproduits en annexe du présent Règlement Mutualiste.

II. Modification de la formule choisie
La demande de changement de formule vers une formule inférieure ou supérieure doit être adressée à la Mutuelle, 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 1er janvier de l'année suivante sauf pour les cas prévus à l'article L221-17 du Code de la Mutualité.

Article 25 - **Objet des prestations**

La Mutuelle 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 non remboursés 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 présent Règlement Mutualiste

ont une valeur indicative et sont données pour information.

Article 26 - **Bénéficiaires des prestations**

I. Membre Participant

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

II. Ayant Droit

Les Ayants droit définis à l'Article 4 du présent Règlement Mutualiste, bénéficient de la garantie « Frais de Santé » choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.

Article 27 - **Caractère solidaire et responsable des formules de la garantie « Frais de Santé »**

Les différentes formules de la garantie « Frais de Santé » de l'offre, proposées par la Mutuelle sont solidaires et responsables.

I. Solidaires

La loi qualifie une garantie santé de solidaire lorsque la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et, pour les adhésions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

II. Responsables

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, 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 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 ;

Les frais 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.

Conformément à ces mêmes dispositions du code de la Sécurité sociale, en cas de prise en charge par le règlement, le montant des prestations, pour les postes suivants, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maximas fixés par l'Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale pour :

- 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 une classe autre que celle à prise en charge renforcée

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- La majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'Article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'Ayant Droit âgé de 16 ans ou plus),
- La prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'Article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),
- Tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

Il est à noter que le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le Membre Participant ne respecte pas le parcours de soins coordonnés**. Sont exclues de prise en charge par la Mutuelle les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins.**

La Mutuelle pratique le tiers payant dans les conditions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les remboursements en optique pour l'acquisition d'équipements appartenant à une autre classe que celle de prise en charge renforcée s'effectuent dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale en fonction des corrections visuelles.

Les garanties en optique comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour certaines évolutions de la vue liées à des situations médicales définies règlementairement (un équipement par an et par bénéficiaire).
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 du code de la Sécurité sociale. Ce délai de deux 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.** La Mutuelle communique avant la souscription et annuellement aux Membres Participants :

- le rapport exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxe afférentes à ces garanties
- ainsi que le montant et la composition de ses frais de gestion affectés à ces mêmes garanties , exprimés en pourcentage des cotisations hors taxe.

Article 28 - **Tableau des garanties**

Les tableaux des garanties sont reproduits en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Article 29 - **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, la Mutuelle 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle pour son compte.

Article 30 - **Limite des remboursements**

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 de toute nature après les remboursements 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 31 - **Modalités de remboursement des prestations**

Pour obtenir le règlement des prestations le Membre Participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs des dépenses au titre de soins couverts ou de produits ou de dispositifs médicaux remboursés par la Mutuelle 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 la MGAS 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 la MGAS 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 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 la MGAS intervient 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 détaillant les dépenses doivent être fournies dans tous les cas. Une copie de ces factures doit être fournie à la MGAS lorsque les soins ou les produits bénéficient d'un remboursement du régime obligatoire. L'original des factures doit être fourni dans le cas contraire.

Concernant la garantie MGAS Complément frais de soins, celui-ci est versé sous présentation des justificatifs complémentaires suivants :
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.

En aucun cas le montant total du remboursement pour le complément frais de soins (incluant le remboursement du régime obligatoire, de la MGAS et d'un éventuel autre contrat d'assurance maladie complémentaire) ne pourra dépasser la dépense réelle engagée ou les éventuels plafonds prévus au contrat responsable (dépassements d'honoraires, optique...).

Article 32 - **Versement des prestations**

En principe, les prestations sont versées directement au Membre Participant.
Un bénéficiaire peut percevoir ses prestations sur son compte bancaire ou sur le compte de son choix. La demande doit en être faite auprès de la Mutuelle par le Membre Participant pour les bénéficiaires qui ne sont pas assurés sociaux ouvrant des droits auprès d'un régime obligatoire.

Article 33 - **Droits de la Mutuelle 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, la MGAS 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).

La MGAS, 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.

En cas de refus de fournir les justificatifs demandés pour une prestation, la MGAS pourra refuser le droit au remboursement de cette dernière ou si elle a déjà été réglée elle pourra en exiger le remboursement.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires des garanties.

Article 34 - **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, la Mutuelle 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 35 - **Déchéance des droits à prestations en cas de fraude**

Le Membre Participant ou l'Ayant droit 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, et ce sans préjudice des mesures prévues à l'article 8 des Statuts de la Mutuelle.

Article 36 - **Exclusion de garanties**

Les actes non pris en charge par le régime obligatoire et les actes antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie selon les tableaux définis en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Les soins de toutes natures (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 la garantie de la Mutuelle, ne peuvent donner lieu à intervention et prise en charge par celle-ci.

Article 37 - **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 sa démission).

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 réunies antérieurement à cette résiliation.

Article 38 - **Risques couverts à l'étranger**

Les soins effectués ou les produits délivrés à l'étranger sont remboursés aux mêmes conditions que s'ils avaient été effectués ou délivrés sur le territoire français dans la mesure où la Mutuelle peut procéder à la reconstitution des prestations effectuées ou des produits délivrés.

Lorsqu'il s'agit d'un accident, la Mutuelle participe à la couverture des risques frais de santé dans les mêmes conditions, dans le respect des dispositions relatives à la subrogation.

TITRE III - COTISATIONS

Article 39 - **Fixation et modalités de paiement des cotisations**

Les Membres Participants s'engagent au paiement d'une cotisation dite « cotisation mutualiste » en contrepartie des différentes garanties auxquelles ils ont adhéré, augmentées des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Les montants des cotisations sont fixés par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, ou par le conseil d'administration conformément à l'article L.114-11 du Code de la mutualité.

La cotisation mutualiste est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le Membre Participant.

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).

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement et être payable à terme échu.

Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au Membre Participant ou à la personne chargée du paiement.

La cotisation fait l'objet 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.

En cas d'impossibilité de paiement mensuel ou en cas de refus de prélèvement automatique, la cotisation est versée d'avance et trimestriellement (les 1er janvier, avril, juillet et octobre).

Article 40 - **Calcul des cotisations frais de santé**

Les cotisations afférentes à la garantie « frais de santé » des Membres Participants sont établies en prenant en compte la formule choisie et les critères ci-après.

I. S'agissant des Membres Participants en activité

Les montants de la cotisation sont établis en fonction :

- 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.

Pour les Membres Participants âgés de moins de trente ans à la date de l'adhésion, il est appliqué une cotisation réduite la première année et progressive durant les trois années suivantes.

II. S'agissant des Membres Participants « retraités »

La cotisation est établie 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 41 - **Calcul des cotisations frais de santé - Cas spécifiques**

I. S'agissant des Membres Participants en congé sans salaire, en congé spécial, en détachement

Les montants de la cotisation des fonctionnaires détachés sont établis par référence, d'une part à leur âge, d'autre part à l'indice brut correspondant à leur traitement ou salaire de détachement avec application des dispositions prévues en matière de temps partiel.

Les montants de cotisation due par les Membres Participants en disponibilité ou en congé sans salaire sont établis par référence, d'une part à leur âge, d'autre part à la rémunération brute ou au traitement assimilé indiciaire de leur dernière activité.

Toutefois, si le Membre Participant en cause a repris une activité extérieure à l'administration, les montants de la cotisation sont déterminés en fonction de la rémunération brute ou au traitement assimilé indiciaire correspondant à la rémunération de cette activité.

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.

II. S'agissant des Membres Participants en congé de maladie ou de disponibilité d'office

Les montants de la cotisation des Membres Participants en congé de maladie ou de disponibilité d'office sont établis par référence, d'une part à leur âge, d'autre part à la rémunération brute ou au traitement assimilé indiciaire correspondant à leur dernière rémunération effectivement perçue en pleine activité.

III. S'agissant du Membre Participant en disponibilité pour élever un enfant

Les montants de la cotisation des Membres Participants en disponibilité sans traitement ou salaire, pour élever un enfant sont établis par référence, d'une part à leur âge, d'autre part à la moitié de la rémunération brute ou au traitement assimilé indiciaire correspondant à leur dernière rémunération effectivement perçue en pleine activité.

IV. S'agissant du Membre Participant en congé parental

Le Membre Participant en congé parental à temps plein peut :

- Soit demander à être assimilé au Membre Participant en disponibilité, pour élever un enfant et bénéficier des dispositions énoncées à l'article 41.III.
- Soit demander à bénéficier des dispositions énoncées à l'article 41.II

Article 42 - **Membre Participant « Hors frais de santé »**

La qualité de Membre Participant « Hors Frais de Santé » ne sera recevable par la Mutuelle que sur présentation de justificatifs attestant de la situation.

Le Membre Participant paie alors une cotisation spécifique mensuelle de 7,00 € et s'acquitte des cotisations dues au titre de ses garanties de prévoyance et, le cas échéant aux cotisations liées au cautionnement du prêt immobilier.

Le choix opéré vaut pour le Membre Participant et ses Ayants droit.

La prise d'effet se fera dans les conditions énoncées dans le présent Règlement Mutualiste. La demande d'adhésion sera effectuée par le Membre Participant par le biais d'un formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle ou sur demande écrite auprès de la MGAS.

Sont éligibles, les Membres Participants dans les situations suivantes :

I. Membres Participants soumis à l'obligation d'adhésion à un contrat collectif

Les Membres Participants couverts par un contrat collectif « Frais de Santé » à adhésion obligatoire pouvant justifier de leur adhésion à titre principal ou dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire familial par l'intermédiaire de leur conjoint, concubin, partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité, ont la possibilité de :

- Suspendre leur garantie « Frais de Santé » tout en maintenant leurs garanties de prévoyance, obligatoires, facultatives et la caution solidaire,
- Exceptionnellement, après étude de la Mutuelle, adhérer aux seules garanties de prévoyance, obligatoires et/ou facultatives s'ils y sont éligibles.

II. Membres Participants en situation particulière

Les Membres Participants en situation :
De congé sans salaire ou congé spécial,
De congé parental,
En disponibilité pour élever un enfant.

Article 43 - **Justificatifs de l'assiette des cotisations du « Tarif de solidarité » pour les Frais de Santé**

L'assiette des cotisations doit être justifiée par la production de tous documents nécessaires.

Les Membres Participants, actifs et retraités justifient du montant de leur traitement, salaire ou pension par la production d'une copie de l'ensemble des pièces justificatives.

Le tarif de solidarité s'applique en cas de temps partiel imposé par l'employeur.

Le défaut de production des éléments demandés dans le but d'asseoir l'assiette de la cotisation entraînera l'application de la cotisation maximale de la formule choisie par le Membre Participant, selon la tranche d'âge applicable au Membre Participant.

Article 44 - **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 la Mutuelle par courrier postal ou électronique.

Les Membres Participants doivent notifier les modifications qui surviennent dans leur situation ou celles de leurs Ayants droit, sous reserve des dispositions d el'article 7.III du présent règlement, 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, sous reserve des dispositions de l'article 7.III du présent règlement, le 1er jour du mois suivant la date de survenue de l'événement.

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 1er jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par la Mutuelle.

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

I. 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 la MGAS :

- 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).

II. Modification de la situation administrative

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

Article 45 - **Cotisations des Ayants droit**

Les cotisations des ayants droit sont établies en prenant compte de la formule choisie par le Membre Participant et en fonction de l'âge de l'ayant droit.

La gratuité s'applique au-delà du 2ème enfant de moins de 20 ans inscrit comme ayant droit mutualiste.

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 1er jour du 29ème anniversaire de l'enfant.

Article 46 - **Révision de la cotisation**

En vertu des dispositions de l'article 18 des Statuts de la Mutuelle, le conseil d'administration peut aménager les cotisations en cours d'année dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime de l'Assurance Maladie interviendraient ou en fonction des résultats enregistrés concernant une garantie assurée par la Mutuelle.

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

TITRE IV - GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Article 47 - **Conditions d'adhésion**

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant relevant de la Fonction Publique d'État ou de la Fonction Publique Hospitalière, **adhère obligatoirement** aux garanties de Prévoyance.

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant en activité ne relevant pas de la Fonction Publique, ou relevant de la Fonction Publique Territoriale, ne peut pas adhérer aux garanties de Prévoyance à compter du 1er janvier 2020.

Toutefois, le Membre Participant relevant de la Fonction Publique Territoriale ayant déjà adhéré à la Mutuelle dans le cadre d'une labellisation de garanties de prévoyance avant le 1er janvier 2020, peut bénéficier des garanties de Prévoyance.

La notice d'information du contrat de Prévoyance obligatoire souscrit par l'Association auprès de la Mutuelle est remise par la Mutuelle au Membre Participant concomitamment à la remise du présent Règlement Mutualiste et figure en annexe du Règlement Mutualiste.

Article 48 - **Délai de stage - Franchise**

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.

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.

Les sinistres nés pendant le délai de stage ne sont pas indemnisés.

Le délai de stage s'applique dans les conditions énoncées dans les dispositions générales et les notices de chaque garantie de prévoyance.

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 les dispositions générales et les notices de chaque garantie de prévoyance.

Article 49 - **Fixation et modalités de paiement des cotisations afférentes aux garanties de prévoyance**

Le Membre Participant s'engage au paiement des cotisations afférentes aux garanties de prévoyance auxquelles il a adhéré. Les cotisations afférentes aux garanties de prévoyance sont intégrées à la cotisation mutualiste et sont payables selon les modalités visées au présent Règlement Mutualiste.

Article 50 - **Garantie « Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) »**

Lorsqu'une garantie décès est souscrite elle intervient dans le cadre de la conclusion par l'Association auprès de la Mutuelle, d'un contrat collectif ayant pour objet de garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (IPA) du Membre Participant, le versement d'un capital forfaitaire.

Article 51 - **Garantie « Complément de perte de traitement/salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) », « Invalidité Permanente Totale » et Invaliditié Permanente Partielle »**

Lorsqu'une garantie « Complément de perte de traitement /salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) », « Invalidité Permanente Totale » ou « Invaliditié Permanente Partielle » est souscrite, elle intervient dans le cadre de la conclusion par l'Association auprès de la Mutuelle d'un contrat collectif ayant pour objet de garantir aux Membres Participants, dans les conditions prévues par la notice d'information, la perte de traitement ou salaire.

Article 52 - **Garantie « Dépendance »**

La Mutuelle garantit aux Membres Participants ayant souscrit à cette garantie dépendance, dans les conditions prévues en annexe, en cas de dépendance, à domicile et à l'hôpital, le versement d'une rente mensuelle.

Pour cette garantie, l'adhérent peut être soumis à un questionnaire médical simplifié.

Si le candidat a répondu négativement à toutes les questions, l'adhésion est acceptée. En revanche, s'il a répondu OUI à au moins l'une des questions du questionnaire médical simplifié, le tarif "risque aggravé" correspondant au triplement de la cotisation, sera appliqué.

Article 53 - **Contrats facultatifs**

La Mutuelle peut proposer des contrats facultatifs pouvant être souscrits auprès de partenaires. Les notices d'information de ces contrats sont remises aux Membres Participants par la Mutuelle lors de l'adhésion auxdites garanties.

TITRE V - ACTION SOCIALE, PRÉVENTION ET SERVICES

CHAPITRE 1 - Action sociale et prévention

Article 54 - **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.

La demande doit être accompagnée de la production d'un bulletin de naissance 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. Allocation orphelin

Lors du décès d'un Membre Participant ou de son conjoint, une allocation d'orphelin peut être versée par la Mutuelle.

En cas de décès simultané du Membre Participant et de son conjoint inscrits à la MGAS, il est versé deux allocations par enfant à charge. Cette allocation est attribuée à la personne assumant effectivement la charge des enfants, sur présentation de pièces justificatives.

IV. 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.

V. 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) qui *,

Du décès d'un proche du candidat (parent, conjoint, frère, sœur, enfant)*,

D'un évènement 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 évènements 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,

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) € 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.

VI. 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,

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 55 - **Prévention**

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

CHAPITRE 2 - Services

Article 56 - **Assurance scolaire**

La Mutuelle a souscrit, au profit des enfants ayants droit du Membre Participant, un contrat d'assurance scolaire / étudiante auprès de La Sauvegarde ayant pour objet de couvrir les risques suivants, selon les conditions prévues par la notice d'information établie par La Sauvegarde :

- Une garantie individuelle accident,
- Les conséquences de la responsabilité civile,
- Des dommages aux biens,
- Une défense pénale et recours.

Le montant de la cotisation afférente est inclus dans le montant de la cotisation de la garantie frais de santé. La notice d'information du contrat est reproduite en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Article 57 - **MGAS Assistance**

La Mutuelle a souscrit au profit de ses Membres Participants et de membres de leur famille définis à la notice d'information, un contrat d'assistance auprès d'IMA Assurances ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA Assurances, différentes prestations d'assistance à domicile. Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les Membres Participants qui bénéficient d'une formule de la garantie frais de santé. Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance à domicile est inclus dans la cotisation afférente à la garantie frais de santé. Les conditions MGAS Assistance sont définies en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Article 58 - **Caution solidaire**

Dans le cadre de son action en faveur du logement, la Mutuelle fait bénéficier ses Membres Participants d'une convention d'assurance collective signée auprès de MFPrécaution. L'objet de la convention est d'accorder la caution de MFPrécaution à des établissements de crédit en couverture du remboursement des prêts contractés par les Membres Participants de la MGAS. Ce service est proposé gratuitement afin de faciliter les projets d'acquisition de l'habitation principale, ou secondaire sous certaines conditions. De plus, les Membres Participants bénéficient dans ce cadre d'une d'assurance obligatoire en cas de décès, incapacité, invalidité et chômage.

Article 59 - **Réseau de soins Santéclair**

La Mutuelle fait bénéficier ses Membres Participants du réseau de soins de qualité et de tarifs maîtrisés Santéclair auprès d'un ensemble de professionnels de Santé dont :

Opticiens,

Chirurgiens-dentistes,

Audioprothésistes,

Diététiciens,...

Santéclair propose également un service d'analyse de devis et de conseils pour les dépenses d'optiques, dentaires audioprothèses et honoraires chirurgicaux.

Des applications internet sont également disponibles sur l'espace Adhérent sécurisé du site internet de la MGAS :

Géolocalisation des professionnels de Santé partenaires,

Conseils sur l'automédication.

Règlement Mutualiste

Dispositions particulières et annexes

Dispositions applicables à partir du 1er janvier 2020

Annexe 1 - Obligations d'information précontractuelle - Vente à distance

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

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 au Règlement Mutualiste remis 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 au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion. Figurent aussi à ce Règlement Mutualiste 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 le 1er jour d'un mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.
La date de prise d'effet de chacune des garanties est précisée au Règlement Mutualiste 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 1er 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 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale.

Conditions de démission

La démission de la Mutuelle est donnée par courrier recommandé ou envoi recommandé électronique au siège de la Mutuelle et prend effet le 1er janvier suivant à condition que la demande soit reçue au siège de la Mutuelle au moins deux mois avant cette date.

Droit de renonciation

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 renonciation sont incluses au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Modèle de formulaire de renonciation

La Mutuelle met à disposition un modèle de formulaire de renonciation :
« 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 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.

La demande de renonciation 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.adhérents@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 renonciation, il n'est plus possible d'user de la faculté de renonciation 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 30129
37206 Tours Cedex,

Par e-mail :
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 la réception de la réclamation,
À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

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 par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :
Par courrier :
Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Par mail :
mediation@mutualite.fr
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.

Juridiction 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 du présent Règlement Mutualiste.

Annexe 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection

CHAPITRE 1 - Forme, dénomination, objet, siège social, durée

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 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, 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.

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. Le premier exercice social de l'Association commencera à la date de sa publication au journal officiel et se terminera le 31 décembre 2015.

CHAPITRE 2 - Membres

Article 6 - **Membres - Catégories**

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

Article 6-1 Membre(s) fondateur(s)

Est membre fondateur : la Mutuelle 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 membre(s) statutaire(s) fondateur(s) 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 bureau de l'Association.

Article 6-2 Membre(s) adhérent(s)

Est considérée comme « membre adhérent » la 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, 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.
Pour être membre adhérent de l'Association, il faut être Membre Participant de la Mutuelle MGAS. Le membre adhérent ne verse pas de cotisation à l'Association.

Article 7 - **Membres - Radiations**

Article 7-1 Membre fondateur

La qualité de membre fondateur se perd :
Du fait de la démission notifiée par lettre recommandée ou recommandée électronique 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 bureau 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 bureau.
L'exclusion prend effet à la date fixée par le bureau, sans que celui-ci soit tenu de respecter obligatoirement un préavis.

Article 7-2 Membre adhérent

La qualité de membre adhérent se perd :
Du fait de la démission notifiée par lettre recommandée ou recommandée électronique 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 la perte de la qualité de Membre Participant de la Mutuelle MGAS,
Du fait de l'exclusion prononcée par le bureau 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 bureau.
L'exclusion prend effet à la date fixée par le bureau, sans que celui-ci soit tenu de respecter obligatoirement un préavis.

CHAPITRE 3 - Assemblée Générale

Article 8 - **Election des délégués**

L'Assemblée Générale comprend tous les membres de l'Association représentés par des délégués élus par les membres de l'Association pour les représenter.
Un délégué est élu pour représenter les membres fondateurs.
Des délégués sont élus pour représenter les membres adhérents selon les dispositions suivantes :
Ces délégués sont élus pour quatre ans par section de vote. Ces dernières sont fixées par le Bureau de l'Association.
Les membres adhérents de chaque section élisent un délégué par tranche de 400 membres adhérents ou fraction de 400 membres adhérents au moins égale à 150.
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 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, ainsi que le nom, prénom usuel et domicile de son mandataire, obligatoirement délégué. Il doit adresser la procuration à son mandataire. Le mandat est 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.

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 Président.

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

Les délibérations de l'Assemblée Générale nécessitent une majorité simple des suffrages exprimés, sauf pour les délibérations concernant les modifications statutaires et la dissolution anticipée de l'Association qui nécessitent une majorité égale au deux tiers des suffrages exprimés.

L'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal au quart du nombre total des délégués et pour les délibérations concernant les modifications statutaires et la dissolution de l'Association égal à la moitié du nombre total de délégués.

À défaut une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre des délégués présents.

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.

CHAPITRE 4 - Bureau, Président

Article 11 - **Bureau - Composition**

L'Association est dirigée par un bureau composé de deux personnes physiques ou morales, membres ou non de l'Association, nommés par le(s) membre(s) fondateur(s) de l'Association à l'unanimité.

Les membres du bureau sont nommés pour une durée de trois ans, renouvelables sans limite.

L'une des personnes nommée au bureau sera nommée pour exercer la fonction de Président.

L'autre personne nommée au bureau sera nommée pour exercer la fonction de Trésorier.

En cas de vacance, le(s) membre(s) fondateur(s) pourvoient au remplacement du membre du bureau dont le poste est vacant.

Le(s) membre(s) fondateur(s) peuvent à tout moment révoquer un membre du bureau, et ce sans motif nécessaire.

Les fonctions de membre du bureau sont gratuites. Les frais exposés dans l'exercice de leur(s) mission(s) leurs sont remboursés sur pièces justificatives.

Un membre de bureau peu aussi présenter sa démission par lettre recommandée ou recommandée électronique avec accusé de réception adressée à l'Association.

Article 12 - **Réunions et délibérations du bureau**

Le bureau se réunit une fois au moins 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 bureau au moins 3 jours avant la date fixée pour la réunion. Si tous les membres du bureau sont présents la réunion du bureau peut avoir lieu sans convocation.

L'ordre du jour est dressé par le Président ou à défaut par l'autre membre du bureau. Il peut n'être fixé qu'au moment de la réunion. Les décisions sont prises à l'unanimité des voix des membres du bureau. Les délibérations des membres du bureau 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 bureau**

Le bureau 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).

Article 14 - **Pouvoirs du président de l'Association**

Le Président est chargé d'exécuter les décisions du bureau, d'ordonnancer 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 bureau et l'Assemblée Générale dont il fixe l'ordre du jour. Il préside le bureau et l'Assemblée Générale et 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 bureau.

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 - Règlement intérieur

Article 20 - **Règlement intérieur**

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

Annexe 3 - Services Santéclair

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 système de soins.
Ce service permet d'avoir accès à des réseaux, à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non partenaires des réseaux, et à des applications internet disponibles 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 3 834 030 euros - ayant son siège au 78 Boulevard de la République - 92100 Boulogne-Billancourt - immatriculée au RCS de Nanterre 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 et de diététiciennes, 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 (excepté pour les diététiciennes).

Un réseau de 3 300 opticiens qui vous offre des tarifs préférentiels et des services privilégiés :
Des prix calculés au plus juste pour les verres ou des traitements particuliers (durcis, anti-reflets, teintes, ...), soit 40 % moins cher en moyenne que les prix du marché,
Une remise de 15 % sur les montures,
Une remise de 10 % sur le para-optique,
Une garantie casse de 2 ans sur les montures et les verres (sous conditions à demander à l'opticien partenaire),
Une offre packagée « Offreclair», sans reste à charge, sur une sélection d'équipements.
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 50 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.
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 composé de 2 500 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes, de stomatologues et d'implantologues qui propose :
Des tarifs négociés sur les actes prothétiques, des tarifs négociés selon le lieu d'exercice du professionnel de santé et la provenance des matériaux de fabrication de la couronne,
Des tarifs négociés sur des traitements de prévention tels que la parodontologie (soins des gencives) et l'esthétique (blanchiment), des conseils et des informations sur les règles d'hygiène,
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 900 audioprothésistes qui permet de bénéficier :
D'une économie de 40 à 50 % sur tous types et marques d'appareils auditifs,
D'une économie de 20 % sur les piles et accessoires,
D'une période d'essai d'au moins un mois,
D'une visite de contrôle pour un bilan auditif une fois par an,
De pratiques professionnelles de qualité régies par une charte de déontologie,
D'une totale transparence dans la facturation (prix de la prothèse, main d'œuvre).

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

Un réseau de 400 diététiciennes qui propose :
Des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix moyens constatés en France entière sur des visites de bilan et de suivi.Enfin, vous bénéficiez de conseil du service Santéclair même si vous consultez un praticien qui n'est pas partenaire du réseau Santéclair.

Un réseau de 370 ostéopathes qui propose :
Des prix inférieurs de 10% à 15 % par rapport aux prix moyens constatés en France entière.
Des partenaires de qualité sélectionnés en fonction de leur formation et de leur expérience.

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 les honoraires chirurgicaux est adaptée aux besoins des bénéficiaires tout en payant le juste prix. Sur simple demande, ces spécialistes 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 selon le résultat de l'analyse.

Article 3 - **Applications Internet**

Santéclair propose également des applications internet mises à disposition des bénéficiaires dans l'espace adhérent MGAS :
- **Géoclair** : l'outil de géolocalisation des professionnels de santé partenaires Santéclair (opticiens, dentistes, audioprothésistes, diététiciennes et centres de chirurgie réfractive). Ce service permet de trouver le professionnel de santé et de connaître son tarif et son conventionnement. Il est également possible de prendre rendez-vous en ligne ou par téléphone
- **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. Il est inclut 5 téléconsultations par an par bénéficiaire du contrat.
- **OWIH** : l'Outil Web d'Informations Hospitalières qui permet à l'assuré d'obtenir le meilleur rapport qualité/prix pour un acte chirurgical ou obstétrical donné ainsi que l'accès aux palmarès des meilleurs établissements en chirurgie obstétrique et cancérologie (label HON).
- **Linecoach** : pour perdre du poids sans régime, Coaching Nutritionpropose de se réapproprier 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.
- **Thérasomnia** : ce programme permet de retrouver naturellement le sommeil par le biais des techniques de relaxation, de gestion émotionnelle et d'activité comportementales et cognitives. Vous serez accompagné(e) par des psychologues, joignables par e-mail qui personnaliseront le programme selon vos besoins et difficultés.
- **Deuxième avis** : accès à un service d'expertise médicale permettant un deuxième avis suite au diagnostic d'une pathologie lourde.

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 7 000 000 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'événement.
Illustration : en cas d'appel le 8ème jour après la sortie d'une hospitalisation programmée, la garantie est alors plafonnée à 12 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-menagère**

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'hospitalisation imprévue ou 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 programmée 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 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 1ère 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 diner. 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 medicaux 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 en 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 organise et prend en charge sur justificatifs l'une des garanties suivantes :
  - La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
  - La garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
  - 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 ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

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

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 organise et prend en charge :

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

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 ou 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 handicapes (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 1ère 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 1ère 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 entrainant 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 proposé 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 à 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 consignant et illustrant les solutions proposées pour en 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 évènement 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 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'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'aide**

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 consignant et illustrant les solutions proposées pour en 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 évènement 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 évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

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 évènement garanti, entraine 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, gérontologiques et gériatriques,**
- **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 fausse 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, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, 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 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 ;

Ces données sont utilisées par la MGAS 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 MG AS 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.

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 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. 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 d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu. / la MGAS, 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15.
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**

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, « réclamations ».
Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ou par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org. 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
Evénement 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'aidant 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 thermale 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 dyalisée 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 polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

MALADIE
<u>En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :</u>
Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

<u>En cas d'hospitalisation programmée :</u>
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 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 d'une des formules santé suivantes : MGAS Prima, MGAS Optima, MGAS Intégra, MGAS Intégra +, MGAS Essentielle, MGAS Confort, MGAS Confort +, MGAS Confort Max.

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 assisteurs destinés à vous apporter un soutien moral.
Consultation psychologique : À l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assisteur en pressent la nécessité, vous êtes orienté 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
Dommages corporels.....20 000 000 €
Dommages matériels et immatériels.....5 000 000 €

Individuelle accident
Décès.....18 000 €
Dommages 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 €

Dommages aux biens
Dommages 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
Dommages 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 €

Dommages aux biens
Franchise dommages matériels.....25 €

Défense pénale et de recours
Seuil d'intervention.....500 €
Plusieurs sous-limites par juridiction

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 de Grande Instance	650 € par plaidoirie ou par affaire
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 d'Instance - 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 instructionou 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 delà 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 soumise 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,
Les noms, 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 3ème comme arbitre,
Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du 3ème, 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 3ème médecin et des frais relatifs à sa nomination.

Action mettant en cause la responsabilité assurée par le présent contrat

3. 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 ses 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 désigné 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 son représentant légal.

6. 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 présent 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 fausse 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 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 ou recommandée électronique avec accusé de réception :

De l'Assuré ou son représentant légal à l'Assureur pour le règlement de l'indemnité après sinistre,

De l'Assureur à l'Assuré 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 présent contrat.

7. Réclamation et médiation

Si un différend persiste entre vous et nous, vous pouvez vous adressez :

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 – Responsabilité civile et protection juridique des élèves et étudiants paramédicaux

CONVENTIONS SPÉCIALES

Contrat Collectif souscrit par la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) pour le compte de ses adhérents étudiants paramédicaux ayant souscrit cette option par le biais de leur complémentaire santé

Garanties souscrites auprès de SHAM – Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles - société d'assurance mutuelle à cotisations fixes. Entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 18, rue Edouard Rochet – 69372 LYON cedex 08. Entreprise régie par le Code des Assurances - SIREN 779 860 881 RCS Lyon

Préambule

Le présent contrat collectif a pour objet de garantir les étudiants paramédicaux adhérents à la MGAS contre les risques définis à l'article 2 du présent préambule.

Le présent contrat est régi tant par le Code des assurances que par les Conventions Spéciales qui suivent ainsi que par les Conditions Générales et les Conditions Particulières ci-annexées.

Les articles cités dans les présentes Conventions Spéciales sont ceux du Code des assurances.

Article 1 - **Définitions**

Pour l'application du présent contrat on entend par :

1.1 - **Sociétaire** : MGAS, Mutuelle Générale des Affaires Sociales – 96 avenue de Suffren – 75730 Paris Cedex 15.

1.2 **Société** : SHAM, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles – Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes – Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 RCS LYON - 18, rue Edouard Rochet – 69372 LYON CEDEX 08.

1.3 - **Assuré** : Tout élève ou étudiant des professions paramédicales qui adhère au présent contrat collectif, en devenant Membre participant de la MGAS et dont la garantie est présente au certificat d'adhésion.

En aucun cas, un étudiant d'une école d'enseignement médical (notamment les élèves sages-femmes) ne peut adhérer à ce contrat.

1.4 - **Dommage corporel** : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

1.5 - **Dommage matériel** : Toute détérioration, destruction d'un bien, ou atteinte matérielle subie par une personne physique ou morale, toute atteinte physique à des animaux

1.6 - **Dommage immatériel consécutif** : tout autre préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, d'un service ou de la perte d'un bénéfice subi par une personne physique ou morale et résultant directement d'un dommage corporel ou matériel garanti par le contrat.

1.7 - **Période d'assurance** : période comprise entre la date de prise d'effet et de fin des garanties, dont la durée est mentionnée aux conditions particulières et qui ne peut excéder une année.

1.8 - **Tiers** : toute personne physique ou morale autre que:•

l'Assuré,

• son conjoint, à défaut son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ses ascendants, ses descendants et ses collatéraux sauf en cas d'atteintes à la personne résultant d'une activité visée à l'article L 1142-2 du Code de santé publique.

Il est précisé que les assurés possèdent la qualité de tiers entre eux.

1.9 - **Sinistre** : Tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'Assuré, résultant d'un fait dommageable ou d'un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'Assuré garanties par le contrat et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.

1.10- **Réclamation** : toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'Assuré ou à la Société.

1.11- **Litige** : Tout conflit d'intérêt, amiable ou judiciaire, entre l'Assuré et un tiers, trouvant son origine dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions, et conduisant l'Assuré à faire valoir un droit ou résister à une prétention.

1.12- **Seuil d'intervention** : Intérêt financier minimum du litige, en dessous duquel la Société n'intervient pas.

Article 2 - **Objet du contrat**

2.1 –Responsabilité civile personnelle estudiantine :

Le contrat a pour objet de garantir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile encourue par l'Assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers dans le cadre de la vie estudiantine.

2.2 – Protection juridique des élèves et étudiants au cours de leurs études :

Sont également couverts au titre du présent contrat, dans les conditions prévues à l'article 4 :

- la défense des intérêts de l'Assuré à la suite de litiges couverts au titre du présent contrat,
- les recours consécutifs à un dommage subi par l'Assuré à l'occasion des activités garanties.

2.3 Individuelle accident :

Le contrat a également pour objet le versement dans les conditions prévues à l'article 5, d'indemnités en cas d'accident corporel subi par l'Assuré durant les cours et stages réalisés pendant sa formation paramédicale.

2.4 – Les garanties du présent contrat sont accordées sous réserve :

• des exclusions et limites de garanties mentionnées aux articles 6, 7 et 8,

• des limites de sommes ou de garanties, des seuils d'intervention et des franchises figurant aux conditions particulières.

Le montant des garanties du présent contrat n'est pas indexé et ne pourra être modifié que par le commun accord des parties.

TITRE I. EXPOSÉ DES GARANTIES

Article 3 - **Garantie de responsabilité civile personnelle estudiantine**

3.1 – Objet de la garantie

La Société couvre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile personnelle encourue par l'Assuré, en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs occasionnés aux tiers, à l'occasion de sa vie estudiantine, c'est-à-dire pendant ses cours et stages.

Le contrat garantit notamment les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile personnelle que l'assuré peut encourir, en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers à l'occasion des actes de prévention, de diagnostic ou de soins, visés à l'article L1142-2 du Code de la Santé Publique, effectués sous la conduite d'un professionnel de santé ou en établissement de santé au cours de stages ou de travaux pratiques.

3.2 – Exclusions particulières

Outre les exclusions prévues à l'article 7 des présentes conventions spéciales, ne sont jamais garantis :

- les dommages matériels causés aux objets appartenant à l'établissement d'enseignement ou hospitalier confiés à l'Assuré à l'occasion des cours ou stages,

- les dommages de toute nature causés aux tiers par l'Assuré au cours de la vie privée, ou à l'occasion de remplacements.

Article 4 - **Protection juridique des élèves et étudiants au cours de leurs études**

4.1 - Garantie des recours suite à accident

La Société s'engage à réclamer amiablement, et au besoin judiciairement, la réparation pécuniaire des dommages corporels, matériels et immatériels dont serait victime l'Assuré à l'occasion des activités couvertes au titre du présent contrat, lorsque lesdits dommages ne sont pas réparés par une garantie d'assurance spécifique.

La Société intervient alors contre l'auteur des dommages ou contre toute personne physique ou morale couvrant la responsabilité du tiers identifié.

4.2 - Garantie de défense pénale

Lorsque l'Assuré est poursuivi pour une infraction pénale, contravention ou délit à la suite de faits dommageables garantis par le contrat, la Société prend en charge les frais de sa défense pénale, c'est-à-dire :

- les frais et honoraires d'avocats, d'avoués et des auxiliaires de justice,
- les frais de justice et les frais judiciaires engagés pour sa défense.

4.3 Protection juridique au cours des études

La Société prend également en charge la défense des intérêts de l'Assuré :

o à l'occasion d'un litige individuel relatif à la conclusion, l'exécution ou la rupture d'une convention de stage,

o dans le cadre de tout litige l'opposant à un organisme social ou de prévoyance , hormis la MGAS.

4.4 – Ne sont jamais pris en charge au titre de la garantie « Protection juridique des élèves et étudiants au cours de leurs études » :

• les litiges résultant de la volonté manifeste de l'Assuré de s'opposer, en dehors de tout motif légitime, au respect d'une disposition légale ou réglementaire, ou à l'exécution d'une obligation contractuelle,

• les litiges résultant de la passation, de l'exécution ou la rupture de tout contrat, à l'exception des conventions de stage,

• les litiges relatifs à l'expression d'opinions politiques ou syndicales, à un conflit collectif du travail ou à la participation à un acte de défense des intérêts collectifs d'une profession ou d'un statut,

• les litiges relatifs aux droits des personnes, des successions et libéralités,

• les litiges relatifs aux matières bancaires, fiscales et douanières ainsi qu'à toute opération de crédit ou de montage financier, aux marques et brevets,

• les amendes pénales ou civiles,

• les frais de cautions pénales,

• les consignations pénales, sauf pour l'exercice de la garantie des recours (article 4.2),

• les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné pour réparer le préjudice qu'il a causé, en principal et intérêts, ainsi que toutes autres indemnités compensatoires,

• les dommages et intérêts répressifs ou punitifs,

• les frais et dépens exposés par la partie adverse, de même que les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné au titre de l'article 700 du Code de procédure civile, 375 et 475-1 du Code de procédure pénale ou L 761-1 du Code de justice administrative,

• les frais d'exequatur ou d'exécution d'une décision hors du territoire national,

• les frais engagés par l'Assuré, en l'absence d'accord préalable de la Société, pour l'obtention de constats d'huissiers, d'expertises amiables ou toutes autres pièces justificatives.

Article 5 - **Individuelle Accident**

5.1 - Objet de la garantie

La Société garantit le paiement des indemnités ci-après, aux assurés victimes d'un accident corporel survenu durant les cours et stages réalisés pendant leur formation paramédicale.

Par « accident corporel », il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire de la garantie et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Sont donc exclues de l'assurance les conséquences de toute nature d'une maladie quelconque, existant ou non au moment de l'accident et qui, sans être une conséquence de l'accident, serait la cause du sinistre.

5.1.2 - Décès

En cas de décès de l'Assuré survenant dans un délai maximal d'un an à compter d'un accident corporel garanti et en relation directe avec celui-ci, il sera alloué au conjoint de l'Assuré et à défaut de conjoint, aux ayants droit de l'Assuré, le capital décès dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

En cas de pluralité de bénéficiaire, le capital est partagé entre ces derniers, par parts égales entre eux.

5.1.3 - Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente totale consécutive à un accident corporel garanti, c'est-à-dire en cas de :

• Perte totale de la vision des deux yeux,

• Perte complète de l'usage de deux membres,

• Aliénation mentale totale et incurable,

il sera alloué à l'Assuré le capital mentionné aux Conditions Particulières.

En cas d'incapacité permanente partielle consécutive à un accident corporel garanti, ce capital sera réduit en appliquant à son montant les taux prévus par le barème ci-dessous.

TETE :	
- Surdité complète des deux oreilles	40 %
- Surdité complète d'une oreille	10 %
- Perte complète d'un œil	25 %
- Réduction de moitié de la vision binoculaire	25 %
- Ablation du maxillaire inférieur	40 %
- Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20 %

MEMBRES SUPERIEURS	Droit	Gauche
- Amputation du bras au tiers supérieur	70 %	55 %
- Perte complète de l'usage d'un bras	70 %	55 %
- Fracture non consolidée d'un bras	50 %	30 %
- Perte complète de l'usage d'une main	60 %	50 %
- Perte complète de l'usage de l'épaule	30 %	20 %
- Perte complète de l'usage du coude	20 %	15 %
- Perte complète de l'usage du poignet	12 %	9 %
- Perte complète du pouce	20 %	15 %
- Perte complète de l'index	10 %	8 %
- Perte complète du médius	8 %	6 %
- Perte complète de l'annulaire	3 %	2 %
- Perte complète de l'auriculaire	3 %	2 %

Dans le cas où l'assuré est gaucher, les taux ci-dessus sont inversés.

MEMBRES INFERIEURS :

Amputation de la cuisse au tiers moyen	60 %
Perte complète de l'usage d'une jambe	60 %
Fracture non consolidée de la cuisse	50 %
Fracture non consolidée d'une jambe	40 %
Fracture non consolidée de la rotule	30 %
Perte complète de l'usage d'un pied	40 %
Perte complète de l'usage de la hanche	25 %
Perte complète de l'usage du genou	25 %
Perte complète de l'usage du coup de pied	15 %
accourcissement d'une jambe d'au moins 5 cm	20 %
Raccourcissement d'une jambe d'au moins 3 cm 10 %	

Les infirmités non énumérées dans le barème ci-dessus, seront indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés et en faisant abstraction des conséquences de l'infirmité sur la profession de l'Assuré.

L'allocation pour incapacité permanente sera versée suivant les modalités fixées à l'article 21.3 des présentes conventions spéciales.

5.1.4 – Frais de recherche et de sauvetage

Le contrat garantit, dans la limite du plafond indiqué aux Conditions Particulières, le remboursement des frais de recherche et de sauvetage consécutifs des opérations effectuées spécialement par les services publics, des sauveteurs professionnels ou des services de recherche privés, afin de rechercher ou apporter des secours à l'Assuré en cas d'accident ou de suspicion d'accident.

5.2 – Exclusions spécifiques

Outre les exclusions prévues à l'article 7 ci-après, la Société ne garantit pas :

5.2.1 – Les accidents survenant au cours de la vie privée et des activités éventuellement exercées par les Assurés en dehors de leur fonction.

5.2.3 – Les dommages qui sont la conséquence d'un accident pris en charge au titre de la législation sur les accidents du travail.

5.2.4 – Les atteintes corporelles, lorsqu'au moment de l'accident l'assuré était sous l'emprise d'un état alcoolique, sous l'influence de stupéfiants ou médicaments non prescrits par le corps médical.

5.2.5 – Les atteintes corporelles ou lésions de toute nature :
° qui ne sont pas la conséquence certaine, directe et exclusive de l'évènement accidentel déclaré,
° qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue de l'Assuré.

5.2.6 – Les atteintes corporelles suivantes :
° les affections musculaires, articulaires, tendineuses, telles que ruptures musculaires ou tendineuses,
° les pathologies vertébrales telles que lombalgies, sciatiques et hernies discales, sauf si elles résultent d'un accident garanti ayant entrainé la fracture d'un corps vertébral,
° les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales,
° les affections virales, microbiennes, parasitaires et infectieuses y compris suite à une piqûre d'insectes ou consécutives à une contamination par prions,
° hernies inguinales, crurales ou ombilicales.

5.2.7 – Les atteintes corporelles qui sont la conséquence d'aggravations de blessures, de rechutes et de façon générale, de tout dommage en relation avec un accident survenu avant la date de prise d'effet du contrat.

5.2.8 – Le suicide de l'assuré survenu dans un délai d'un an à compter de l'adhésion de l'assuré au contrat groupe. Conformément à l'article L132-7, la garantie reste acquise à l'assuré si le suicide intervient après ce délai d'un an.

5.2.9 – Les atteintes corporelles résultant de la participation de l'assuré à une recherche impliquant la personne humaine.

TITRE II. ETENDUE DES GARANTIES

Article 6 - **Montants de garanties**

6.1 Garanties de Responsabilité civile personnelle estudiantine (article 3) :

Les garanties s'exercent par Assuré pour les dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus par sinistre et par année d'assurance, jusqu'à concurrence des sommes indiquées aux conditions particulières.

6.2 Protection juridique des élèves et étudiants au cours de leurs études (article 4) :

La Société intervient pour tout litige dont l'intérêt pécuniaire est supérieur, sauf intérêt de principe, au seuil d'intervention et dans la limite, par Assuré, du montant de garantie fixé par litige mentionnés aux conditions particulières.

6.3 Individuelle accident (article 5) :

Les garanties s'exercent par Assuré jusqu'à concurrence des sommes indiquées aux conditions particulières.

Article 7 - **Exclusions communes à toutes les garanties**

Le contrat ne couvre pas :

<u>7.1 – En raison des garanties du contrat :</u>

7.1.1 – La responsabilité encourue par l'Assuré en raison d'activités ne relevant pas de l'objet du contrat, tel que défini à l'article 3, ou en dehors des études déclarées,

7.1.2 – Les conséquences de la faute intentionnelle ou dolosive commise par l'Assuré, ou résultant de paris, défi, lutte ou rixe.

7.1.3 - Les conséquences d'actes professionnels prohibés par la loi ou d'actes exécutés par l'Assuré de sa propre initiative alors qu'il n'est pas muni des diplômes et qualifications professionnels exigés par les textes réglementaires ou délivrés par les organismes professionnels habilités à régir l'activité considérée,

7.1.4 - Les dommages liés à la réutilisation de dispositifs médicaux à usage unique,

7.1.5 – Les dommages résultant de la prescription, de l'administration de produits ou de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légal exigé, ou de la fabrication de tels produits ou spécialités nécessitant une homologation légale,

7.1.6 – Les dommages résultant de recherches et applications se rapportant au domaine de la technologie génétique (y compris la chirurgie et la manipulation génétique) appliquées sur des sujets humains,

7.1.7 – Les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de l'élaboration, la fourniture, la manipulation, la distribution, l'administration ou une quelconque utilisation de substances de toute nature provenant entièrement ou partiellement du corps humain (comme par exemple des tissus, des organes, des cellules, des transplants, des excrétions et sécrétions, ainsi que le sang et l'urine) ou de tout dérivé ou produit de biosynthèse qui en est issu, lorsqu'ils sont destinés à un usage thérapeutique ou de diagnostic sur l'être humain et lorsque ces opérations sont effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de l'élaboration ou de la fourniture de telles substances,

7.1.8 –Les dommages qui proviendraient directement ou indirectement d'activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétique ainsi que toutes expérimentations et tests associés, sauf ceux concernant des produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché,

7.1.9 – Les dommages immatériels non consécutifs à un dommage corporel ou matériel ainsi que tous les dommages immatériels causés à l'établissement de santé ou plus généralement à la structure dans laquelle l'Assuré exerce son activité,

7.1.10 - Les responsabilités contractuelles pouvant incomber à l'Assuré dans les cas suivants :
- du fait de l'inexécution totale ou partielle d'obligations contractuelles, à l'exception de celles résultant du contrat de soins à l'égard des patients et consultants,
- en raison de la conclusion, de l'exécution ou de la rupture d'un contrat de travail ou d'une convention de stage, sous réserve des dispositions de l'article 4.3 ci-dessus,
- lorsque les obligations résultant d'engagements pris par l'Assuré excèdent celles auxquelles il serait tenu en vertu du droit commun,

7.1.11 – Les sinistres résultant directement ou indirectement de l'exposition à l'amiante, fibre d'amiante ou matériaux contenant de l'amiante,

7.1.12 Les amendes de toute nature, les astreintes, les dommages et intérêts punitifs ou exemplaires et plus généralement toute condamnation pécuniaire prononcée par les tribunaux à titre de sanction d'un comportement fautif particulier du Sociétaire et qui ne constituerait pas la réparation directe de dommages garantis

7.2 – En raison des risques qui doivent être couverts par des contrats d'assurance spécifiques :

7.2.1 – Les dommages corporels, matériels et immatériels résultant de l'usage de tous véhicules terrestres à moteur (articles L 211 1 et suivants), et de tous engins maritimes, fluviaux, lacustres ou aériens, et dont l'Assuré ou les personnes dont il est responsable, ont la propriété, la conduite ou la garde.

7.2.2 – La responsabilité encourue par l'Assuré en qualité de promoteur, d'investigateur, ou plus généralement d'intervenant, dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine.

7.2.3 – Les dommages corporels, matériels et immatériels résultant d'atteintes à l'environnement (pollution).

7.2.4 – Les dommages matériels et immatériels résultant d'incendies, d'explosions, de venues d'eau, de vapeur, de gaz ou fumées, survenus dans les locaux dont l'Assuré est propriétaire, locataire ou occupant (recours des voisins et des tiers),

7.2.5 - Les responsabilités encourues par l'Assuré au cours de ses études, à l'occasion d'activités sportives ou festives, en sa qualité de participant ou d'organisateur.

7.3 – En raison de certains événements :

7.3.1 – Les dommages corporels, matériels et immatériels occasionnés par la guerre étrangère ou civile conformément à l'article L 121 8, y compris les actes de terrorisme et de sabotage si l'Assuré y a pris une part active. Il appartient à l'Assuré de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère et à la Société de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile.

7.3.2 – Les dommages corporels, matériels et immatériels causés ou aggravés :
• par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,
• par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants engageant la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.

Article 8 - **Etendue territoriale**

8.1 Garantie Responsabilité civile personnelle estudiantine :

La garantie Responsabilité civile du présent contrat (article 3) s'exerce en France métropolitaine, dans les départements régions et collectivités d'outre-mer, en Nouvelle-Calédonie et dans la Principauté de Monaco.

Elle est étendue au Monde entier au titre de la participation de l'Assuré à des missions, études ou stages, pour autant que la durée du séjour n'excède pas 3 mois, ainsi qu'en cas d'intervention de l'Assuré dans le cadre de son devoir d'assistance à personne en danger.

CETTE EXTENSION NE S'APPLIQUE PAS AUX CONSEQUENCES D'ACTES PARAMEDICAUX OU DE SOINS EFFECTUES AUX ETATS UNIS ET AU CANADA, QUE CES ACTES SOIENT REALISES PAR L'ASSURE LUI MEME OU SOUS SA DIRECTION.

8.2 Protection juridique des élèves et étudiants au cours de leurs études :

La garantie Protection juridique des élèves au cours de leurs études (article 4) s'exerce au profit de l'Assuré pour tout litige survenant en France Métropolitaine et dans les départements, régions et collectivités d'outre-mer, en Nouvelle-Calédonie et dans la principauté de Monaco.

Elle est étendue dans les Etats membres de l'Union Européenne, en Norvège et en Suisse, sans déclaration spécifique de l'Assuré, si celui-ci y exerce pendant une durée maximale de 3 mois consécutive ou non au cours d'une année d'assurance, à condition que le litige relève de la compétence juridictionnelle et de la législation de l'un de ces pays.

Elle est étendue au Monde entier, à l'exclusion des Etats-Unis et du Canada, pour la défense de l'Assuré lorsqu'il fait l'objet de poursuites pénales (article 4.1) pour des faits couverts au titre de la garantie Responsabilité civile (article 3) du présent contrat.

8.3 – Garantie Individuelle Accident :

Les garanties individuelle accident (article 5) s'exercent en France Métropolitaine, dans les départements, régions et collectivités d'Outre-Mer, en Nouvelle-Calédonie, et dans la principauté de Monaco.

Elles sont étendues au Monde entier, sans déclaration de l'Assuré, dans le cadre des missions, études ou stages pour autant que la durée du séjour n'excède pas 3 mois.

Article 9 - **Fonctionnement de la garantie dans le temps**

9.1 – Garantie Responsabilité civile personnelle estudiantine (article 3) :

9.1.1 Mode de déclenchement

Les modalités de fonctionnement de la garantie dans le temps s'exercent conformément aux dispositions de l'article L 251-2 :

A ce titre, l'Assuré est garanti contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité de l'adhésion au contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait dommageable est survenu dans le cadre des activités de l'Assuré garanties au moment de la première réclamation.

Sont également garantis, les sinistres dont la première réclamation est formulée dans un délai fixé par le présent contrat (Cf. article 9.1.2 ci-après) à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie de la garantie du contrat, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité de l'adhésion au contrat et dans le cadre des activités garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

Dans tous les cas, le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'Assuré à la date de prise d'effet de son adhésion au contrat.

Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation sans qu'il soit fait application des dispositions des 4ème et 5ème alinéas de l'article L 121-4.

9.1.2 – Durée de la garantie subséquente :

Le délai subséquent de la garantie « responsabilité civile » visé à l'article 9.1 est fixé à cinq années.

9.1.3 - Fonctionnement des plafonds de garantie :

Les plafonds de garantie par année d'assurance constituent l'engagement maximum de la Société pour l'ensemble des réclamations reçues par l'Assuré pendant une année, quels que soient le nombre de victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements faits par la Société.

Le sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle la Société a reçu la première réclamation. Lorsqu'un sinistre donne lieu à plusieurs réclamations auprès d'un même Assuré qui s'échelonnent dans le temps, il est imputé à l'année au cours de laquelle la Société a reçu la première réclamation.

Les montants de garantie s'épuisent au fur et à mesure des règlements d'indemnité et des frais effectués par la Société.

Le plafond applicable à la garantie déclenchée pendant le délai subséquent est unique pour l'ensemble de cette période et est égal au montant de la garantie prévu au contrat de l'Assuré pour l'année précédant la date d'expiration, de suspension ou de résiliation.

Il est spécifique et s'applique pour l'ensemble des sinistres dont la garantie est déclenchée durant cette période.

Lorsque plusieurs garanties du contrat sont mises en jeu dans le délai subséquent, leurs plafonds ne se cumulent pas : la Société ne peut être tenue pour l'indemnisation de l'ensemble de ces sinistres au-delà du plafond de garantie par année d'assurance le plus élevé.

9.2 Garantie Protection juridique des élèves et étudiants au cours de leurs études :

Les garanties prévues aux articles 4.2 et 4.3 du présent contrat s'appliquent aux litiges déclarés après l'adhésion au contrat et dont les éléments constitutifs étaient inconnus de l'Assuré à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Les garanties ne sont pas acquises pour les litiges déclarés à la Société postérieurement à la date de cessation de l'adhésion au contrat.

Pour l'application de la garantie défense pénale de l'Assuré (article 4.1 du présent contrat), les dispositions relatives au fonctionnement dans le temps de la garantie Responsabilité civile (article 9.1 ci-dessus) sont applicables.

9.3 – Garantie Individuelle Accident :

Les garanties s'exercent pour les dommages corporels subis pas l'Assuré résultant d'un événement garanti survenu pendant la période de validité de l'adhésion au contrat.

TITRE III. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

CHAPITRE 1 : FORMATION - DUREE DU CONTRAT

Article 10 - **Prise d'effet du contrat :**

Le contrat est formé à la date indiquée aux Conditions Particulières.
L'adhésion au contrat collectif est formée à la date indiquée sur le certificat de garanties.
Cette disposition s'applique à tout avenant au contrat, sauf si la proposition faite par l'Assuré par lettre recommandée ou recommandée électronique de modifier le contrat n'est pas refusée par la Société dans les dix jours après qu'elle lui soit parvenue.

Article 11 - **Durée du contrat :**

11.1 – Durée du contrat collectif :

Le contrat collectif liant le Sociétaire et la Société est conclu pour la période restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il a été souscrit.
Il est, à l'expiration de cette durée, reconduit de plein droit par périodes annuelles, sauf dénonciation par le Sociétaire deux mois au moins avant l'expiration de l'année d'assurance en cours. En cas de dénonciation par la Société, ce délai est porté à trois mois.
Cette dénonciation doit être faite selon les modalités prévues à l'article 11.2. La dénonciation du contrat collectif par la Société ou le Sociétaire vaut dénonciation des adhésions à l'égard des Assurés.

11.2 – Durée de l'adhésion de l'Assuré au contrat :

Les garanties sont acquises à l'Assuré pendant la durée de son adhésion à l'offre Santé « MGAS ». Elles cessent :
- en cas de suspension ou de résiliation de ladite adhésion,
- de plein droit au terme du cycle d'études.

Article 12 - **Résiliation**

12.1 – Le contrat/L'adhésion peut être résiliée avant sa date normale d'expiration dans les cas et conditions ci–après :

12.1.1 – Par la Société :
a) en cas de non-paiement de la cotisation par le Sociétaire et/ou l'Assuré (Article L 113 3),
b) en cas d'aggravation du risque (article L 113 4),
c) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L 113 9),
d) après sinistre, l'Assuré ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de la Société (article R 113 10).

12.1.2 – Par l'Assuré :
a) en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans la police, si la Société refuse de réduire la cotisation en conséquence (article L 113 4),
b) en cas de résiliation par la Société d'un autre contrat du sociétaire après sinistre (article R 113 10),
c) en cas de modification du tarif d'assurance selon les dispositions prévues à l'article 18.

12.1.3 – Par la Société d'une part, ou par l'héritier ou l'acquéreur d'autre part en cas de transfert de propriété de la chose assurée (article L 121 10),

12.1.4 – De plein droit :
a) en cas de retrait de l'agrément administratif de la Société (article L 326 12),
b) en cas de perte totale de la chose assurée résultant d'un événement non garanti (article L 121 9),
c) en cas de réquisition de la propriété des biens assurés dans les cas ou conditions prévus par la législation en vigueur (article L 160 6).

12.2 – Modalités de résiliation :

Lorsque le Sociétaire ou l'Assuré ont la faculté de résilier le contrat, ils peuvent le faire à leur choix, soit par lettre recommandée ou recommandée électronique adressée à la Société ou à la MGAS, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de la Société ou de la MGAS.
La résiliation par la Société de l'adhésion au contrat collectif est notifiée par lettre recommandée ou recommandée électronique au dernier domicile connu de l'Assuré.
Les délais de résiliation sont décomptés à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

CHAPITRE 2 : DÉCLARATION DU RISQUE

Article 13 - **Déclarations à la souscription et en cours de contrat**

13.1 – A la souscription :

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré. La cotisation est fixée en conséquence.

L'Assuré doit déclarer exactement sous peine des sanctions prévues aux articles L 113 8 et L 113 9, toutes les circonstances constitutives du risque connues par lui et spécifiées dans la proposition d'assurance dont un exemplaire lui a été remis.

13.2 – En cours de contrat :

L'Assuré doit déclarer au Sociétaire dans les quinze jours où il en a connaissance, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à la Société, notamment dans la proposition d'assurance visée à l'article 13.1 ci-dessus, et notamment la perte du statut d'étudiant de l'Assuré.

Le Sociétaire doit alors informer sans délai la Société de ces modifications.

En cas de modification en cours de contrat portant sur l'un des éléments du risque susvisé, la garantie concernée cessera d'être acquise. Ainsi, en cas de perte de la qualité d'étudiant, les garanties du présent contrat ne seront plus acquises.

13.3 – Sanctions :

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application, suivant les cas, des sanctions prévues aux articles L 113 8 (nullité du contrat) et L 113 9 (réduction des indemnités).

Article 14 - **Déclaration des autres assurances**

Conformément aux dispositions de l'article L 121 4, l'Assuré doit déclarer immédiatement toute assurance contractée pour un même intérêt et contre un même risque auprès d'autres assureurs.

Dans le cas où il existerait d'autres assurances de même nature couvrant tout ou partie des mêmes risques, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite.

Dans ces limites, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à la Société d'assurances de son choix.

Toutefois, quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L 121-3 sont applicables.

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

Article 15 - **Paramètres et modalités de calcul de la cotisation**

La cotisation afférente aux garanties du titre I du présent contrat, est inclus dans la cotisation mensuelle santé de la MGAS.

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS À SUIVRE EN CAS DE SINISTRE

Article 16 - **Dispositions à suivre par l'Assuré en cas de sinistre « responsabilité civile » (Article 3)**

En cas de sinistre, l'Assuré doit prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour en limiter l'importance.

La Société défend l'Assuré devant toutes juridictions et devant les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation lorsqu'il est mis en cause pour des faits engageant sa responsabilité couverte par le présent contrat.

La Société prend la défense de l'Assuré au lieu et place de ce dernier dans ses droits et actions, que la réclamation du tiers soit fondée ou non. A ce titre, sont couverts les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat, les frais de procès et d'arbitrage.

La Société a seule le droit de transiger avec les personnes lésées ou leurs ayants droit. Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant en dehors de la Société ne lui est opposable.

16.1 – Déclaration du sinistre

La réclamation ou toute mise en cause adressée par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation accompagnée du rapport circonstancié sur les causes du sinistre est transmise à la Société par l'Assuré, dès qu'elle lui est parvenue et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.

Faute pour l'Assuré de respecter le délai ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, il est déchu de la garantie, dans la mesure où le retard dans la déclaration a causé un préjudice à la Société.

16.2 – Transmission des pièces

Dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes judiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés à l'Assuré et concernant un sinistre susceptible d'engager une des responsabilités garanties par le contrat sont transmis à la Société.

Tout document de nature à faciliter la défense de ses intérêts et apporter toute la collaboration nécessaire à la bonne marche de la procédure est également transmis à la Société. L'Assuré doit notamment assister aux expertises et répondre à toute convocation lorsque la Société juge sa présence nécessaire.

16.3 – Si de mauvaise foi, l'Assuré

- fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre,
- emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux,
- ne déclare pas l'existence d'autres assurances portant sur les mêmes risques,

Il est entièrement déchu de tout droit à une quelconque indemnité.

16.4 – Procédure :

• En cas d'action portée devant une juridiction et dirigée contre l'Assuré, la Société assume sa défense et, dans la limite de sa garantie, dirige le procès.

La Société a le libre exercice des voies de recours, et l'Assuré s'engage à lui fournir les documents lui permettant de régulariser valablement la procédure en son nom.

Ces dispositions sont également applicables en cas de saisine d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

• Devant les juridictions pénales, si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, la Société a la faculté, dans la limite de sa garantie et avec l'accord de l'Assuré, de diriger ou de s'associer à sa défense pénale.

A défaut d'accord, la Société assume néanmoins la défense des intérêts civils de l'Assuré. Toutefois, la Société ne peut alors exercer les voies de recours qu'avec l'accord de celui-ci, à l'exception du pourvoi en cassation, lorsqu'il est limité aux intérêts civils.

16.5 – Sanctions :

Faute pour l'Assuré de se conformer aux obligations citées aux articles 19.2 et 19.4, sauf cas fortuit ou de force majeure, la Société peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement peut lui causer.

16.6 - Indemnisation :

16.6.1 – Paiement des indemnités :

Lorsque survient un sinistre, la Société s'engage à effectuer le paiement des indemnités, dans la limite du montant de la garantie dans le délai d'un mois, soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire.

16.6.2 – Constitution de rente :

Si l'indemnité allouée par une décision judiciaire à une victime ou à ses ayants droit consiste en une rente et si une acquisition de titres est ordonnée à la Société par la décision pour sûreté de son paiement, la Société procède à la constitution de cette garantie dans la limite de la partie disponible de la somme assurée.

Si aucune acquisition de titres n'est ordonnée, la valeur de la rente en capital est calculée d'après les règles applicables pour le calcul de la réserve mathématique de cette rente. Si cette valeur est inférieure à la somme assurée disponible, la rente est intégralement à la charge de la Société. Dans le cas contraire, seule la partie de la rente correspondant en capital à la partie disponible de la somme assurée est à la charge de la Société.

Article 17 - **Dispositions applicables à la garantie « Protection juridique des élèves et étudiants au cours de leurs études » (article 4)**

17.1 – Modalités de gestion :

Les modalités de gestion de l'assurance sont celles visées à l'article L 322-2-3 premier tiret du 1er alinéa.

Il est précisé que l'Assuré, conseillé par l'avocat qu'il choisit, conserve dans tous les cas la direction de la procédure.

En cas de procédure prise en charge dans le cadre du présent contrat, l'Assuré peut faire appel à l'avocat ou à la personne qualifiée de son choix ou s'en remettre, s'il le souhaite, à la Société pour la désignation de la personne chargée de défendre ses intérêts ou de le représenter.

Cette disposition est également applicable chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et la Société.

Lorsque l'Assuré souhaite exercer un recours à l'encontre d'un tiers, la Société n'intervient que si elle estime que le recours est fondé en droit.

L'Assuré ne peut saisir directement un avocat, une personne qualifiée ou une juridiction sans l'accord de la Société, à peine de perdre son droit à garantie.

Néanmoins, en cas d'urgence, il peut seul prendre les mesures conservatoires strictement nécessaires, à charge d'en informer la Société dans les 48 heures.

En cas de désaccord entre la Société et l'Assuré au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'arbitrage.

Dans ce cas, la 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 la charge de la Société. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque l'Assuré a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Lorsque cette procédure est exercée, 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 d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

Si l'Assuré a engagé à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la Société ou par la tierce personne, la Société l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, déduction faite des sommes revenant à l'Assuré au titre des dépens ou de l'article 700 du Code de procédure civile, de l'article L 761-1 du Code de justice administrative, ou des articles 375 et 475-1 du Code de procédure pénale, dans la limite du montant de la garantie.

17.2 – Modalités de prise en charge des frais et honoraires d'avocat - Subrogation :

17.2.1 – Quelles que soient les modalités de mise en œuvre des garanties, la Société prend en charge l'ensemble des frais et honoraires d'avocat ou de toute autre personne qualifiée qui s'avèrent nécessaires, dans les limites du plafond de garantie et du barème de prise en charge des honoraires d'avocat figurant aux conditions particulières.

17.2.2 – Lorsque l'Assuré s'en remet à la Société pour la désignation d'un avocat ou de toute autre personne qualifiée, la Société prend directement en charge les frais et honoraires correspondants.

17.2.3 – Si l'Assuré décide de choisir lui-même son avocat ou toute autre personne qualifiée :

- lorsque l'Assuré a lui-même fait l'avance des honoraires et/ou frais, la Société le rembourse sur justificatif, pour chaque intervention, plaidoirie, pourvoi ou recours, au fur et à mesure que ces frais ont été exposés.
- dans l'hypothèse où une délégation d'honoraires a été consentie par l'Assuré à son avocat, permettant à ce dernier de s'adresser directement à la Société pour le paiement de ses frais et honoraires la Société s'engage à régler directement l'avocat à concurrence du plafond contractuel.

17.2.4 – Les dispositions relatives à la subrogation de la Société (article 12 des Conditions Générales) sont applicables aux sinistres " Protection juridique des élèves au cours de leurs études " pour la récupération auprès de tout responsable, des sommes payées par la Société pour le compte de l'Assuré, notamment des frais de justice et des dépens.

Toutefois, toute somme obtenue en remboursement des frais et honoraires exposés pour la solution d'un litige bénéficie prioritairement à l'Assuré à due concurrence des dépenses dûment justifiées qui resteraient à sa charge.

17.3 – Obligations de l'Assuré :

En cas de litige, l'Assuré doit :

- donner, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans un délai de 5 jours ouvrés, avis du litige au siège de la Société,
- transmettre à la Société, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédures susceptibles de relever de la garantie qui lui sont adressés, remis ou signifiés,
- indiquer dans la déclaration du litige, la date, les circonstances de faits, les noms et adresses des tiers concernés et d'une manière générale toute information permettant une meilleure connaissance du litige,
- communiquer sur simple demande de la Société et sans délai, tout document nécessaire à la gestion du litige.

Faute pour l'Assuré de se conformer aux obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, la Société peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement lui a causé.

Si, de mauvaise foi, l'Assuré fait une déclaration inexacte, exagère le montant de ses dommages, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, l'Assuré est entièrement déchu du droit à garantie.

Article 18 - **Dispositions à suivre par l'Assuré en cas de sinistre « individuelle accident » (Article 5)**

18.1 - En cas de sinistre, l'Assuré doit :

1°) Donner, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les cinq jours, avis du sinistre au siège de la Société,

2°) Indiquer dans la déclaration du sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai :

a) la date, les circonstances et le lieu de l'accident,

b) les noms, prénoms, date de naissance, adresse et profession de la ou des victimes,

c) les noms et adresse du médecin,

d) s'il y a lieu, les noms et adresse de l'auteur de l'accident et, si possible, des témoins,

e) si les agents de l'Autorité sont intervenus et s'il a été établi un procès-verbal ou un constat.

3°) Adresser à la Société, dans le délai de cinq jours, un certificat médical indiquant la nature des lésions et leurs conséquences probables.

Si la victime n'est pas en état de reprendre ses occupations à la date fixée par le médecin, elle devra transmettre à la Société dans les dix jours suivants cette date, un nouveau certificat médical.

Faute pour l'Assuré de se conformer aux obligations prévues aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, la Société peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement peut lui causer.

Lorsque le sinistre a entrainé le décès de l'Assuré il incombe au bénéficiaire de l'assurance, dès qu'il a connaissance de ce sinistre, d'en faire la déclaration dans les délais et formes prévus au paragraphe 1er et d'une façon générale de se soumettre aux différentes obligations ci-dessus, sous peine, sauf cas fortuit ou de force majeure de se voir réclamer par la Société une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement peut lui causer.

Si, de mauvaise foi, l'Assuré ou le bénéficiaire de l'assurance, fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances de l'accident, l'assuré ou le bénéficiaire de l'assurance est entièrement déchu de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause et, si celles-ci sont déjà réglées, elles doivent être remboursées à la Société.

18.2 – Constatations médicales

La Société est tenue de procéder à ses frais à la désignation d'un expert médical lorsqu'un examen médical se révèle nécessaire pour déterminer les droits à indemnité du bénéficiaire de la garantie.

En cas de contestation par l'Assuré ou ses ayants droit des conclusions de l'expert désigné par la Société, ceux-ci ont la possibilité de désigner un deuxième 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 du bénéficiaire. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

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

La victime doit accepter de se soumettre au contrôle des médecins de la Société, sous peine de se trouver déchue de tout droit aux prestations si, après avoir refusé de se soumettre au contrôle d'un premier médecin, elle refuse également d'accepter celui d'un deuxième médecin, sauf motif impérieux dûment justifié.

18.3 – Dispositions particulières en cas d'incapacité permanente

Le degré d'incapacité permanente de l'Assuré est déterminé dans les conditions prévues à l'article 21.2 ci-dessus.

La Société verse l'indemnité prévue aux Conditions Particulières dans les quinze jours de l'accord entre les parties sur le taux d'incapacité ou, à défaut d'accord, dans les quinze jours de la décision judiciaire exécutoire.

En cas de décès de l'Assuré, survenant dans les douze mois d'un accident ayant donné lieu à règlement d'une indemnité pour incapacité permanente, la Société règle, dans les quinze jours du décès, la différence entre le capital prévu en cas de mort et le montant de l'indemnité déjà versée pour incapacité permanente, si le décès est imputable au sinistre ayant entrainé l'incapacité permanente. Si le décès intervient par suite d'une cause étrangère au sinistre et que l'indemnité pour incapacité permanente n'ait pas été entièrement réglée, la Société verse le solde de cette indemnité pour incapacité permanente dans les quinze jours du décès.

Il est convenu en outre que :

- le solde porte intérêt au taux de 3 % l'an durant la période comprise entre le versement de l'acompte et le règlement définitif de l'indemnité ;
- la Société renonce à tout remboursement lorsque l'acompte versé se révélera supérieur au montant définitif de l'indemnité.

Annexe 7 - Fonction Publique Territoriale - Labellisation

Article 1 - **Labellisation**

Les dispositions générales du Règlement Mutualiste et les dispositions particulières (« Dispositions particulières Fonction Publique Territoriale »), ont été labellisées par le cabinet Premium Consulting, prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).Le règlement figure sur la liste des contrats et règlements labellisés accessible sur le site Internet du Ministère chargé des collectivités territoriales. Ce Règlement Mutualiste a été labellisé pour une durée de trois ans à compter du 26 septembre 2017, et ce conformément aux dispositions suivantes :

- l'article 22 bis de Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires;
- l'article 88-2 de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale;
- le Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents;
- les arrêtés du 8 novembre 2011.

Les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la Loi n° 8453 du 26 janvier 1984 qui adhèrent facultativement au présent Règlement Mutualiste peuvent bénéficier de la participation de leur employeur au financement de la couverture de l'un ou l'autre des risques « santé » et «prévoyance » définis par le Règlement Mutualiste, ou pour les deux.

Article 13 du Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents :

« Le label est accordé aux contrats et règlements pour une durée de trois ans. Dans un délai de deux mois précédant l'expiration de cette période, les contrats et règlements peuvent faire l'objet d'une demande de renouvellement du label, instruite dans les mêmes conditions que la délivrance de celui-ci. Les modifications des contrats et règlements intervenant au cours de cette période sont transmises au prestataire habilité qui vérifie que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites. Si elles ne le sont plus, le prestataire habilité retire le label, après avoir invité l'organisme à présenter ses observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Il doit lui être indiqué qu'il peut se faire assister par un conseil ou être représenté par un mandataire de son choix. Le prestataire habilité informe immédiatement le ministre chargé des collectivités territoriales de la décision de retrait du label.

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non renouvellement l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation prévue à l'article 28. Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement ».

Article 2 - **Bénéficiaires**

Les Membres Participants actifs et retraités de la Fonction Publique Territoriale peuvent adhérer sans aucune limite d'âge.

I. Membres participants en activité

Les Membres Participants en activité bénéficient de la garantie frais de santé. S'ils remplissent les conditions définies par l'article 6 du règlement mutualiste ils peuvent demander à bénéficier de garanties prévoyance définies à la notice d'information MGAS Prévoyance MGAS Serena, et de services.

II. Membres participants à la retraite

Les Membres Participants retraités bénéficient de manière conjointe et indissociable, de la garantie frais de santé et, dans les conditions définies par la notice d'information, de garanties de prévoyance obligatoires (la dépendance) et de services.

III. Enfants

La gratuité des cotisations s'applique au-delà du 2ème enfant de moins de 20 ans inscrit comme Ayant droit mutualiste. Par application du décret du 8 Novembre 2011 relatif à la labellisation, la gratuité s'applique au-delà du 3ème enfant inscrit comme Ayant droit mutualiste.

Article 3 - **Perte de la qualité d'organisme labellisé**

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les Membres Participants des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation prévue à l'article 28 du décret. Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour le Membre Participant à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé, de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

Article 4 - **Majoration de la cotisation en cas d'adhésion tardive**

En application de l'article 28-2° du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la Fonction Publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret n° 2011-1474, lorsque l'adhésion de l'agent intervient plus de deux ans après la date fixée par la réglementation en vigueur.

Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de la Fonction Publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la Fonction Publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation. Les périodes antérieures à la date de publication du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration. Si le présent règlement venait à perdre son label, les périodes écoulées postérieurement seraient prises en compte comme une durée de cotisation jusqu'à l'expiration du délai mentionné au 4ème alinéa de l'article 13 du Décret n° 2011-1474 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article 21 du même texte.

En application de l'article 33 du Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, les adhérents optant, dans le délai d'un an à compter de la date de publication de la liste de contrats et règlements labellisés, pour un règlement ayant fait l'objet d'un label sont présumés, s'agissant de la majoration de cotisation prévue à l'article 28 du décret et rappelée ci-dessus, avoir toujours bénéficié des garanties proposées par un contrat ou un règlement ayant fait l'objet d'une convention de participation ou d'un label.

Annexe 8 - Tableaux des garanties
Activ' santé

Guide de lecture

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 au Règlement Mutualiste. Les formules «Confort», «Confort Plus», «Confort Max» sont solidaires et responsables ; ils 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).

		Offre Activ'santé responsable		
SOINS COURANTS	**RO [1]**	**MGAS Confort**	**MGAS Confort Plus**	**MGAS Confort Max**
Honoraires médicaux				
Consultations, visites et actes techniques médicaux des généralistes OPTAM / OPTAM -CO [2]	70 %	100 %	150 %	200 %
Consultations, visites et actes techniques médicaux des généralistes non OPTAM / OPTAM -CO [2]	70 %	100 %	130 %	180 %
Consultations, visites et actes techniques médicaux des spécialistes OPTAM / OPTAM [2]	70 %	100 %	150 %	200 %
Consultations, visites et actes techniques médicaux des spécialistes non OPTAM / OPTAM -CO [2]	70 %	100 %	130 %	180 %
Actes de radiologie, actes techniques médicaux et d'imagerie OPTAM / OPTAM -CO [2]	70 %	100 %	150 %	200 %
Actes de radiologie, actes techniques médicaux et d'imagerie non OPTAM / OPTAM -CO [2]	70 %	100 %	130 %	180 %
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	-	20 €	30 €	50 €
Honoraires paramédicaux				
Honoraires des sages-femmes	70 %	100 %	150 %	200 %
Honoraires des auxiliaires médicaux	60 %	100 %	150 %	200 %
Téléconsultations				
Téléconsultations non prises en charge par le RO (par année civile) Service SantéClair		5	5	5
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoires OPTAM / OPTAM -CO [2]	60%/70%	100 %	150 %	200 %
Analyses et examens de laboratoires non OPTAM / OPTAM -CO [2]	60%/70%	100 %	130 %	180 %
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important (pris en charge à 65 %)	65 %	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 %
Matériel médical				
Prothèse capillaire, mammaire et oculaire (par prothèse et par année civile) [3]	60 %	200 €	250 €	300 €
Grand appareillage dont véhicule pour personnes atteintes d'un handicap	100 %	150 %	200 %	250 %
Petit appareillage, pansement, accessoire, orthopédie, orthèse	60 %	100 %	100 %	150 %

1. Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. **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 imposé par la règlementation sans pouvoir dépasser 200 % de la base de remboursement. **3.** Le forfait inclut le ticket modérateur.

HOSPITALISATION [4]	RO [1]	Offre Activ'santé responsable MGAS Confort	MGAS Confort Plus	MGAS Confort Max
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier (sans limitation de durée)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires				
Honoraires médicaux et chirurgicaux OPTAM / OPTAM-CO [2]	80 %	125 %	150 %	200 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux non OPTAM / OPTAM-CO [2]	80 %	105 %	130 %	180 %
Fécondation in vitro non prise en charge par le RO (par acte)	-	100 €	100 €	100 €
Frais de séjour (sans limitation de durée)	80 %	100 %	100 %	100 %
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais liés à l'hébergement				
Chambre individuelle (par jour)				
Ambulatoire	-	15 €	20 €	30 €
Chirurgie et maternité [5]	-	30 €	50 €	70 €
Autres frais liés à l'hébergement				
Forfait télévision ou wifi (par jour)	-	2 €	3 €	5 €
Frais d'accompagnant (par jour) [6]	-	15 €	20 €	25 €

PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE	RO [1]	MGAS Confort	MGAS Confort Plus	MGAS Confort Max
Prévention				
Vaccins prescrits et pris en charge par le RO (par année civile)	30%/65%	100 %	100 %	100 %
Forfait vaccins non pris en charge par le RO (vaccin anti-grippe, vaccin de voyage) (par année civile)	-	10 €	15 €	20 €
Substituts nicotiniques non pris en charge par le RO (sur prescription médicale et par année civile)	-	230 €	260 €	300 €
Actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable)	60%/70%	100 %	100 %	100 %
Actes de dépistage : hépatite B, cancer du sein, cancer de l'utérus, cancer colo-rectal, trouble de l'audition	60%/70%	100 %	100 %	100 %
Forfait contraceptif, pilule du lendemain, test de grossesse, papillomavirus non pris en charge par le RO (par année civile)	-	20 €	30 €	50 €
Forfait DPNI (Dépistage Prénatale Non Invasif) non pris en charge par le RO (par année civile)	-	40 €	80 €	120 €
Amniocentèse non prise en charge par le RO (par année civile)	-	20 €	30 €	50 €
Caryotype foetal non pris en charge par le RO (par année civile)	-	50 €	70 €	100 €
Médecine douce				
Pédicure, podologue, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, acupuncture, étiopathie (par année civile) [7]	-	40 €	80 €	120 €

4. 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'enfant à caractère sanitaire (MECS). **5.** Remboursement sans limitation de durée en MCOO (Médecine Générale, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) et Maternité. Remboursement limité à 60 jours par an en psychiatrie, et à 90 jours par an en Soins de Suite et de Réadaptation. Exclusion de la prise en charge de la chambre particulière en Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS). **6.** 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). **7.** Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS.

AUTRES PRESTATIONS	RO [1]	Offre Activ'santé responsable		
		MGAS Confort	MGAS Confort Plus	MGAS Confort Max
Frais de transport pris en charge par le RO	65 %	100 %	100 %	100 %
Frais de cure thermale pris en charge par le RO	65%/70%	100 %	100 %	100 %
Allocation Naissance [8]	-	150 €	150 €	150 €

DENTAIRE (9)	RO [1]	MGAS Confort	MGAS Confort Plus	MGAS Confort Max
100% SANTÉ	Soins et prothèses «**100% Santé**» sans reste à charge, **à partir du 1er janvier 2020.** Remboursement intégral (RO + RC) des soins et prothèses concernés dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF). [14]			
Soins hors 100% Santé		**Dans la limite des HLF pour les prestations à tarifs modérés** [10]		
Soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %
Inlay, Onlay	70 %	125 %	150 %	200 %
Parodontologie non prise en charge par le RO (par année civile)	-	125 €	150 €	200 €
Prothèses hors 100% Santé		**Dans la limite des HLF pour les prestations à tarifs modérés** [10]		
Prestations prises en charge par le RO				
Inlay-core, rebasage, réparation, adjonction, renfort	70 %	150 %	200 %	250 %
Prothèse dentaire (y compris couronne sur implant)	70 %	250 %	300 %	350 %
Plafond soins prothétiques première année (au-delà prise en charge au Ticket Modérateur)	-	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Prestations non prises en charge par le RO				
Prothèse (par année civile)	-	175 €	200 €	250 €
Orthodontie				
Orthodontie prise en charge par le RO	70%/100%	200 %	250 %	300 %
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	350 €	500 €	650 €
Implantologie				
Implant racine pris en charge ou non par le RO (maximum 2 implants par année civile) [11]	-	200 €	350 €	500 €

8. 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 le Règlement Mutualiste. **9.** Pour les soins et les soins prothétiques dentaires, 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. **10.** En dehors du 100% Santé, il existe deux paniers de soins : les prestations à tarifs modérés qui sont soumis à des Honoraires Limite de Facturation (HLF) et les prestations à tarifs libres qui ne le sont pas. **11.** Par implant racine, dans la limite de 2 par an, à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.

OPTIQUE	RO [1]	Offre Activ'santé responsable MGAS Confort	MGAS Confort Plus	MGAS Confort Max
100% SANTÉ	Équipement «**100% Santé**» sans reste à charge, **à partir du 1er janvier 2020.** Remboursement intégral (RO + RC) d'un équipement optique dans la limite des prix limites de vente. [14] Avec l'OffreClair, je peux bénéficier d'avantages complémentaires : montures Origine France Garantie, choix élargi de montures (80 au lieu de 17 dans le 100% Santé) et verres de marque amincis chez les opticiens du réseau Santéclair.			
Lunettes enfants -16 ans hors 100% Santé (tarifs libres) [12]				
Monture	60 %	40 €	50 €	60 €
Verre unifocal simple	60 %	30 €	40 €	60 €
Verre unifocal complexe	60 %	80 €	85 €	90 €
Verre multifocal ou progressif complexe ou très complexe	60 %	90 €	95 €	100 €
Lunettes adultes +16 ans hors 100% Santé (tarifs libres) [12]				
Monture	60 %	60 €	70 €	80 €
Verre unifocal simple	60 %	30 €	35 €	40 €
Verre unifocal complexe	60 %	70 €	75 €	80 €
Verre multifocal ou progressif complexe	60 %	85 €	105 €	130 €
Verre multifocal ou progressif très complexe	60 %	110 €	130 €	160 €
Suppléments				
Suppléments optique	60 %	120 %	150 %	200 %
Lentilles				
Lentilles de contact prescrites et prises en charge par le RO (par année civile) [13]	60 %	200 €	400 €	600 €
Lentilles de contact prescrites et non prises en charge par le RO (par année civile) [13]	-	50 €	100 €	150 €
Autres soins				
Chirurgie réfractive (par oeil et par année civile)	-	50 €	100 €	150 €

AIDES AUDITIVES	RO [1]	MGAS Confort	MGAS Confort Plus	MGAS Confort Max
100% SANTÉ	Équipement «**100% Santé**» sans reste à charge, **à partir du 1er janvier 2021.** Remboursement intégral (RO + RC) d'une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans, dans la limite des prix limite de vente. [14]			
Bilan acoustique du nouveau né non pris en charge par le RO	-	25 €	25 €	25 €
Aides auditives hors 100% Santé (par année civile et par oreille)	60 %	100 % + 200 €	100 % + 400 €	100 % + 600 €
Frais d'entretien d'aide auditive, accessoires et piles pris en charge par le RO	60 %	120 %	150 %	200 %

12. Remboursement sous déduction du RO. 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 165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. **13.** À l'exclusion des produits d'entretien, accessoires et lentilles de couleur non correctrices. **14.** Le 100% SANTE 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 débutera progressivement à partir du 1er 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. Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront dans la limite des Honoraires Limite de Facturation.

Annexe 9 - Notice Prévoyance MGAS Séréna

Garanties :
Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),
Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Totale (IPT),
Décès - ou PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie),
Dépendance

CHAPITRE 1 - PREAMBULE

Contrat collectif régi par les dispositions du Code de la mutualité, souscrit auprès de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) (ci-après dénommée la Mutuelle) par l'association MGAS Protection, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 96 avenue de Suffren, 75730 PARIS Cedex 15 (représentée par son Président).

Article 1 - **Information importante**

L'encadré ci-après a pour objet d'attirer l'attention du membre sur certaines dispositions essentielles de la notice d'information. 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) Opération collective à adhésion obligatoire pour les agents des Fonctions Publiques d'Etat et Hospitalières (agents fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, agents contractuels de droit public), sans adhésion possible pour les agents de la Fonction Publique Territoriale (sauf COS 24) ou les personnes ne relevant pas d'une Fonction Publique à compter du 1er janvier 2020.
Toutefois, le Membre Participant relevant de la Fonction Publique Territoriale ayant déjà adhéré à la Mutuelle dans le cadre d'une labellisation de garanties de prévoyance avant le 1er janvier 2020, peut bénéficier des garanties de Prévoyance. Les droits et obligations du Membre Participant peuvent être modifiés par des avenants au contrat. Les modifications apportées par ces avenants sont communiquées par la personne morale souscriptrice aux Membres Participants au moins trois mois avant la date de prise d'effet.

Il est rappelé que le défaut de remise des documents et informations énumérés au deuxième alinéa de l'article L.223-8 du Code de la mutualité entraîne de plein droit la prorogation du délai de trente jours calendaires révolus pour la renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où le Membre est informé que l'adhésion a pris effet.

2) Garanties assurées :
Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),
Décès-ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Totale (IPT),
Dépendance.

3) Contractuellement, il n'y a pas de participation aux excédents.

4) Pour les garanties décès, Il n'y a pas de faculté de rachat ou de transfert.

5) Les frais de gestion sont inclus dans la cotisation.

6) 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 la Mutuelle.

7) Si pour la garantie décès du Titre - IV, le Membre Participant désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause bénéficiaire mentionnée au Titre - IV, 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 selon les dispositions de l'article L.223-11 II du Code de la mutualité ; il devient alors bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par un avenant signé par la Mutuelle, 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 vis-à-vis de la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

Article 2 - **Glossaire**

Accident : l'accident s'entend d'une façon générale de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Assuré : le Membre Participant.

Délai de stage : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre cotise. Les évènements nés pendant le délai de stage ne sont jamais indemnisés.

Franchise : **délai à l'expiration duquel le Membre Participant reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail peut prétendre au versement de la prestation. Ce délai de franchise court à compter de la reconnaissance de l'incapacité temporaire totale de travail.**

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 1ère 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 2ème ou 3ème catégorie non imputable au service,

ET

quel que soit le statut ou le régime dont dépend le Membre Participant, être reconnu, par la mutuelle, inapte à exercer une activité professionnelle au sein du ministère.

Membre ou Membre Participant : personne physique qui verse une cotisation et bénéficie des prestations de la Mutuelle MGAS.

Mutuelle : désigne la Mutuelle 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.

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.

Sinistre : réalisation de l'événement dommageable prévu et garanti par le présent contrat auquel a adhéré le Membre Participant.

Souscripteur : l'association MGAS Protection.

Article 3 - **Objet**

Les Membres de l'association MGAS Protection ayant la qualité d'agent fonctionnaire, de fonctionnaire stagiaire, d'agent contractuel de droit public de la Fonction Publique d'État et de la Fonction Publique Hospitalière, adhérant à titre individuel à une garantie frais de santé « MGAS Référence » ou « MGAS Activ'Santé » proposée par la MGAS, doivent adhérer de manière obligatoire au contrat collectif souscrit auprès de la MGAS. Ces fonctionnaires couverts de manière obligatoire par le contrat « collectif santé » de leur conjoint, peuvent adhérer aux garanties en souscrivant un contrat « hors frais de santé ».

Les autres cas (personnes relevant de la Fonction Publique Territoriale, et celles ne relevant pas d'une Fonction Publique) ne peuvent pas adhérer au présent contrat collectif à compter du 1er janvier 2020, sauf les personnes relevant de la Fonction Publique Territoriale ayant adhéré à la Mutuelle dans le cadre d'une labellisation des garanties de prévoyance avant le 1er janvier 2020 ou les agents en activité relevant du COS 24.

La présente notice d'information rapporte l'ensemble des dispositions du contrat collectif «Prévoyance MGAS Séréna » conclu entre l'association MGAS Protection, ci-après nommée « le Souscripteur » ou « l'association » d'une part, et la MGAS, ci-après dénommée « la Mutuelle », d'autre part.
Le contrat collectif est régi par le Code de la mutualité.
La notice a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure les garanties de prévoyance suivantes aux personnes ayant adhéré au contrat « Prévoyance MGAS Séréna ».

Chaque Membre choisit son niveau de couverture parmi trois options possibles :

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
MGAS Séréna	MGAS Séréna +	MGAS Séréna Max

Chaque option comporte quatre garanties indissociables :

garantie «Incapacité Temporaire Totale de Travail »,
garantie « Décès - PTIA »,
garantie « Invalidité Permanente Totale» ou « Invalidité Permanente Partielle »
garantie « Dépendance ».

Les agents âgés de moins de 35 ans bénéficient d'une cotisation réduite en souscrivant le niveau 1 « MGAS Séréna » décrit ci-dessus.

CHAPITRE 2 - CONDITIONS GENERALES

Article 4 - **Personnes assurées**

Sont assurés :

- Les Membres Participants de la Mutuelle ayant souscrit une offre MGAS santé à titre individuel, pour lesquels l'adhésion aux présentes garanties de Prévoyance est obligatoire (soit les agents fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, agents contractuels de droit public hors Fonction Publique Territoriale),
- Les Membres Participants de la Mutuelle ayant adhéré de manière facultative au contrat collectif soit avant le 1er janvier 2020 soit relevant du COS 24.

Article 5 - **Conditions d'adhésion**

5-1 Délai de stage (s'applique à toutes garanties)

Le Membre Participant doit être en activité normale de service ou ne pas être en arrêt de travail 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 sera admis dans les garanties, dès lors qu'il pourra justifier d'une période de reprise d'activité ininterrompue d'une durée de 180 jours.

Les Membres Participants sont soumis à un délai de stage de 6 mois à partir de leur date d'adhésion, sauf s'ils justifient d'une ancienneté dans la Fonction Publique inférieure à 5 ans. Le délai de stage est une période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas bien que le Membre Participant cotise. Les sinistres nés pendant le délai de stage ne sont pas indemnisés.

Par dérogation, le délai de stage n'est pas applicable :
- au Membre Participant, anciennement couvert par une garantie Prévoyance équivalente souscrite auprès d'un autre organisme complémentaire d'assurance, ayant le même objet et dans les mêmes conditions que la présente garantie, et à la condition que la résiliation de l'ancienne garantie et son adhésion à la présente garantie soient simultanées. Le document mentionnant la garantie dont le Membre Participant était bénéficiaire sera à fournir par ce dernier à la mutuelle en cas de Sinistre pendant le Délai de stage.

Cette dérogation inclut notamment les cas de mutation des agents de la Fonction Publique ayant bénéficié précédemment de garanties de prévoyance :
- incluses dans le cadre d'une convention de référencement ou d'une convention de participation,
- labellisées dans le cadre de l'article 22 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

5-2 Un délai d'attente spécifique à la Dépendance.
Il s'applique à compter de la date d'effet de l'adhésion.
Les délais d'attente sont les suivants :
Un délai d'attente d'un an est appliqué en cas de dépendance totale suite à une maladie, à l'exception des maladies indiquées ci-après ;
Un délai d'attente de 3 ans est appliqué en cas de dépendance totale consécutive à un état de démence sénile ou à la maladie d'Alzheimer ;
Un délai d'attente d'un an pour les autres causes de dépendance.

Toute dépendance constatée, ou ayant débuté, pendant ce délai, ne peut être prise en charge au titre de la présente garantie. Dans ce cas précis, l'adhésion prendra fin automatiquement et les cotisations versées seront intégralement remboursées.
Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas de dépendance d'origine accidentelle.

Article 6 - **Modalités d'adhésion**

6-1 Déclaration de bonne santé (spécifique à la garantie Décès-)
À l'exception des Membres participant adhérant à titre obligatoire dans le cadre exclusif d'un «référencement État», toute personne doit, pour bénéficier de la garantie «Décès-IPA», attester :
qu'elle ne présente pas une pathologie cardio-vasculaire, cancéreuse ou tumorale ou une insuffisance respiratoire,
qu'elle ne présente pas des troubles de la parole, de l'écriture ou de la mémoire, une maladie d'Alzheimer, une sclérose en plaque (SEP), une maladie de Parkinson,
qu'elle n'a pas fait l'objet d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une hémorragie cérébrale,
qu'elle n'est pas atteinte par une maladie des muscles ou une myopathie,
et plus généralement, qu'elle ne bénéficie pas d'une exonération du ticket modérateur pour affection longue durée (100 %).

Un Membre ne remplissant pas ces conditions n'est pas couvert par la MGAS au titre de la garantie « Décès-PTIA », mais est assuré au titre des autres garanties : Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale et Dépendance (sous réserve des conditions d'adhésions spécifiques à cette garantie). Sa cotisation au contrat de Prévoyance est diminuée de la cotisation de la garantie Décès-PTIA.

6-2 Questionnaire médical (spécifique à la dépendance)
Est assuré à la garantie Dépendance le Membre Participant de la MGAS qui est adhérent au contrat de prévoyance SERENA, dès son adhésion au contrat SERENA, **et qui n'est ni dépendant, ni invalide de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale.**
Les personnes ayant moins de 5 ans d'ancienneté dans la fonction publique ou en tant que salarié d'un « employeur public » et qui ne sont ni dépendants, ni invalides 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale souscrivent sans formalités médicales ;
À défaut les candidats souscrivent avec formalités médicales.
Lorsque l'adhésion est subordonnée à une sélection médicale, celle-ci consiste à la fourniture d'un Questionnaire médical Simplifié.
Si le candidat a répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire médical Simplifié, son adhésion est acceptée au tarif normal de la garantie.
En revanche, s'il a répondu OUI à au moins l'une des questions du Questionnaire Médical Simplifié, son adhésion est acceptée au tarif « risque aggravé ».
La Mutuelle ne peut procéder en aucun cas à des exclusions de pathologies.
Sous réserve de remplir les conditions d'admission, dans tous les cas, votre adhésion prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de signature du bulletin d'adhésion. La prise d'effet de la garantie Dépendance est subordonnée au règlement de la première cotisation et ne peut être antérieure à la date d'effet de l'adhésion.
L'adhésion est ensuite renouvelée par tacite reconduction en même temps que l'adhésion au contrat SERENA offre «Individuels ».

Article 7 - **Date d'effet de l'adhésion**

L'adhésion aux présentes « garanties complémentaires de prévoyance » prend effet concomitamment à la date à laquelle le Membre Participant a adhéré au règlement mutualiste de l'une des offres MGAS décrites en préambule.
Le renouvellement de l'adhésion au contrat est annuel à la date du 1er janvier et donne lieu à l'envoi à chaque Membre Participant, par la Mutuelle, d'un certificat de garantie.

Article 8 - **Base de garantie et de cotisation - "Revenu de référence"**

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 membres retraités (ayant fait valoir leurs droits à retraite de façon effective), c'est le TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension qui est retenu.
- pour les non fonctionnaires : Le « Revenu de référence » correspond au salaire mensuel brut utilisé pour le calcul de la cotisation « santé » de la Mutuelle au 30 septembre de l'année N-1, multiplié par 12.

Le « Revenu de référence » est arrondi à la centaine d'euros supérieure et est plafonné à 100 000€ (cent mille euros). Il est déterminé annuellement lors du renouvellement et vaut pour toute l'année civile. L'âge est alors apprécié au 1er janvier de la nouvelle année d'assurance. Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation du Membre Participant (activité, âge, enfants à charge, TIB ou tout autre facteur intervenant dans la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion, excepté la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle au 30 septembre qui précède l'année d'adhésion.

Le taux de cotisation est annuel et peut être révisé par la Mutuelle 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 la Mutuelle. 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 9 - **Risques exclus**

En ce qui concerne l'ensemble des présentes garanties, 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,**
- **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 démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, matchs, paris, tentatives de records,**
- **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, ULM, parapente, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,**
- **D'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire, ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,**
- **De cataclysmes, catastrophes naturelles, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,**
- **D'usage de stupéfiants, drogues non autorisées, produits toxiques,**
- **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 la garantie « Décès », 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 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, le contrat produisant ses effets à l'égard des autres bénéficiaires.**

Article 10 - Modification, suspension, terme, maintien de la garantie

Changement de niveau

Le Membre Participant a le choix entre trois niveaux de garanties : « MGAS Séréna », « MGAS Séréna + » et « MGAS Séréna Max ».
Le Membre Participant peut, à chaque échéance annuelle de son contrat, modifier le niveau de ses garanties.
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 1er janvier de l'année suivant la réception par la mutuelle 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 1er janvier de l'année n+1.
Aucune demande de changement de niveau de garanties ne peut être effectuée lorsque le Membre Participant est en arrêt de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en dépendance.

Modification des garanties

En cas de modification des garanties, la Mutuelle, 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 la Mutuelle. Cette notice doit être remise au moins trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications.

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 en application et des dispositions de la convention référencée conclue entre les Ministères et la Mutuelle.

Suspension des garanties

Les Membres Participants qui se trouvent dans une des situations suivantes peuvent demander à ne plus bénéficier des garanties Décès-PTIA du présent contrat (étant précisé que les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Total ou Partielle sont suspendues de plein droit le premier jour du mois qui suit la date de cessation d'activité professionnelle).
Lorsque la demande de suspension a été faite par le Membre Participant, toutes les garanties prévues au présent contrat sont suspendues de plein droit le premier jour du mois qui suit à la date de la cessation de l'activité professionnelle; la suspension s'achève le premier jour du mois qui suit à la reprise effective du travail de l'intéressé, sous réserve que la Mutuelle en soit informée par le Membre Participant dans le délai de trois mois suivant cette reprise.
En cas de non-respect de ce délai de prévenance de trois mois, la suspension s'achève le premier jour du mois qui suit la date de réception du signalement par la mutuelle.

Terme des garanties

Les garanties prennent fin lorsque le Membre Participant perd la qualité de Membre Participant de la Mutuelle pour cause de radiation, démission ou exclusion. Toutefois, la Mutuelle peut accepter, à la demande du Membre Participant intéressé, le maintien de couverture dans les conditions définies ci-après dans le point intitulé «Maintien de la garantie»,
À la date de fin du contrat collectif « MGAS Prévoyance » conclu entre le Souscripteur et la Mutuelle, pour quelque raison que ce soit,
Dans tous les cas, le terme des garanties entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les Membres Participants assurés, à l'exception des prestations en cours de versement, au titre d'un événement garanti, qui s'est réalisé avant le terme des garanties, qui continuent à être prises en charge par la Mutuelle, dans les limites contractuelles.

Maintien de la garantie

La résiliation du contrat collectif quelqu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les Membres Participants affiliés audit contrat. Toutefois, la Mutuelle peut accepter le maintien d'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 règlement mutualiste qui détermine les droits et obligations des Membres Participants ayant adhéré à titre individuel.

Exclusion des Membres Participants

Peut être exclu de la Mutuelle dans le respect des règles définies par le Code de la mutualité et selon les statuts de la Mutuelle, tout Membre Participant qui aurait causé à celle-ci un préjudice volontaire dûment constaté.

Article 11 - Fausses déclarations

I. Fausse déclaration intentionnelle

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du Membre Participant lorsque cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, en application des dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, la garantie accordée est nulle.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

II. 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 des garanties. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation acceptée par le Membre Participant. À défaut d'accord, les garanties prennent fin selon les conditions visées par l'article L.221-15 du Code de la mutualité.

III Fausse déclaration en cas de demande de versement de prestations

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, et ce sans préjudice des mesures prévues à l'article 8 des Statuts de la Mutuelle.

Article 12 - Contrôle médical - Procédure de conciliation

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout Membre Participant qui formule une demande de prestations ou bénéficie de prestations au titre des présentes garanties.

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 la MGAS, la garantie est suspendue à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée à ce Membre Participant par la Mutuelle.

La Mutuelle fait examiner, par un médecin désigné par elle, le Membre Participant qui demande à bénéficier de prestations ou qui bénéficie de prestations. Elle 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle 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, la Mutuelle invite alors son Médecin Conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers-expert.

Les conclusions de cet 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 la Mutuelle, la faculté d'exercer une action en justice.

Article 13 - **Prescription - Interruption de la prescription**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant du contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (à l'exception de l'action concernant le recouvrement d'un indu par la Mutuelle qui est régie par une prescription de cinq ans).

Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle 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 la Mutuelle 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.

Dans le cadre des opérations collectives la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque 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 vie, nonobstant les dispositions ci-dessus du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du Membre Participant.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (c'est-à-dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice – même en référé – non suivie d'un désistement ou d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes au terme d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts 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 recommandé électronique avec accusé de réception adressée 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.

Article 14 - **Langue - Juridiction**

Les relations contractuelles établies entre les Membres Participants et la mutuelle sont régies par la Loi française. Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité. La langue française est la langue applicable au présent contrat. En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux judiciaires.

Article 15 - **Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située :

ACPR
4, place de Budapest
CS 92 459
75436 PARIS Cedex 09

Article 16 - **Réclamations - Médiation - Contestations**

Toute réclamation peut être adressée à la Mutuelle à l'attention du service réclamation à l'adresse postale suivante : MGAS - Réclamations - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex.

La Mutuelle s'engage :
À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation,
À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle MGAS est le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Ce médiateur de la consommation peut être saisi par courrier ou par e-mail aux coordonnées suivantes :

Par courrier :
Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

Par e-mail : mediation@mutualite.fr

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

Le membre ou le bénéficiaire 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 ou le bénéficiaire 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.

Les contestations liées à l'application ou l'interprétation des statuts et règlements ou d'un contrat collectif assuré par la Mutuelle, seront jugées conformément à la loi et soumises à la juridiction compétente.

Article 17 - **Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membres Participants. Elle est ainsi fondée chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux Membres Participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leur cotisation notamment lorsque leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 18 - **Subrogation**

Conformément aux articles L.224-8 et L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à ces articles (frais de soins, indemnités journalières, prestations d'invalidité), est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du Membre Participant, des bénéficiaires ou de leurs Ayants droit contre les tiers responsables.

CHAPITRE 3 - GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Article 19 - **Définition de la garantie**

Cette garantie a pour objet de garantir, aux Membres Participants en activité assurés par l'offre «MGAS Prévoyance», le versement d'indemnités journalières en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail en cours de validité de l'adhésion au présent contrat collectif **et après l'expiration du délai de stage éventuellement applicable.** Elle se décline en trois niveaux «MGAS Séréna», «MGAS Séréna +», «MGAS Séréna Max».
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 la Mutuelle de cesser toute activité professionnelle,
Et perçoit, à ce titre, des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou perçoit des indemnités en espèces du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale ou des indemnités en espèces d'un autre régime social obligatoire.

La Mutuelle 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 la Mutuelle.

De même, la Mutuelle ne prend pas en charge une rechute, c'est à dire une nouvelle cessation d'activité professionnelle consécutive à un premier arrêt de travail ayant débuté pendant le délai de stage ou avant l'adhésion du Membre au présent contrat.

Article 20 - **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 21 - **Montant et durée de la garantie**

L'indemnité journalière versée par la Mutuelle 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 à l'article 27 de la présente notice d'information.

Pour le niveau «MGAS Séréna» : le montant de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité ne peut excéder :
75 % de 1/360ème du revenu de référence et le cas échéant de la N.B.I. pour les agents de la Fonction Publique,
95 % de 1/360ème du traitement indiciaire ou salaire de base net annuel augmenté des primes.

Pour le niveau «MGAS Séréna +» : le montant de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité ne peut excéder :
85 % de 1/360ème du revenu de référence et le cas échéant de la N.B.I. pour les agents de la Fonction Publique,
95 % de 1/360ème du traitement indiciaire ou salaire de base net annuel augmenté des primes.

Pour le niveau «MGAS Séréna Max» : le montant de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité ne peut excéder :
95 % de 1/360ème du revenu de référence et le cas échéant de la N.B.I. pour les agents de la Fonction Publique,
95 % de 1/360ème du traitement indiciaire ou salaire de base net annuel augmenté des primes.

Quel que soit le niveau de garantie, ne sont prises en compte et indemnisées par la Mutuelle que les primes récurrentes liées au poste occupé (IAT, IFTS, indemnité de technicité...). Sont exclues de la prise en charge par la mutuelle les primes exceptionnelles et/ou aléatoires (notamment les primes liées à la productivité, aux résultats).

Le Revenu de Référence pris en compte par la Mutuelle au titre de la présente garantie correspond à celui qui figure au certificat annuel de garantie en vigueur pendant la période indemnisée. .

Les prestations versées par l'employeur sont calculées en fonction du Revenu de Référence, 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle doivent lui être remboursées intégralement par le Membre Participant.

Article 22 - **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 23 - **Terme du versement**

L'indemnisation cesse :

Dès la reprise d'activité, même partielle du Membre Participant, y compris à temps partiel thérapeutique,

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 67 ans,

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 1080ème 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 24 - **Conditions spécifiques de cessation de la présente garantie**

Outre les conditions de cessation définies précédemment par la présente notice, l'assurance cesse de produire ses effets le premier jour du mois qui suit :

La cessation d'activité pour les Membres Participants placés en disponibilité à leur demande pour convenances personnelles,

La cessation d'activité pour les Membres Participants admis à faire valoir leurs droits à la retraite,

Le 67ème anniversaire du Membre Participant.

Article 25 - **Obligations en cas de sinistre**

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

Un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail (ou de prolongation),

Les avis du Comité médical ou de la Commission de réforme ou les arrêtés administratifs,

Les bulletins de paie pour les périodes de demande d'indemnisation (période de demi-traitement pour les fonctionnaires ou de perte de salaire pour les autres Membres Participants),

Le dernier bulletin de paie à plein traitement,

L'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du Statut de la Fonction Publique ou les décomptes de la Sécurité sociale,

Une attestation émanant de l'employeur qui indique pour les fonctionnaires la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office),

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 du Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers ou de tout autre organisme de Prévoyance),

Une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,

Pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du Membre Participant,

Un Relevé d'Identité Bancaire,

Toute autre pièce ou formulaire demandé par la Mutuelle et 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, en application de l'article L.221-16 du Code de la mutualité, la Mutuelle pourra réclamer au Membre Participant une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard lui a causé.

La Mutuelle 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 dans la présente notice.

Toutes les déclarations de sinistres doivent être adressées à l'adresse suivante :

MGAS - Service Prévoyance, TSA 30129 - 37206 Tours Cedex

Article 26 - **Obligations en cas de reprise d'activité**

L'Assuré doit notifier à la Mutuelle 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 27 - **Maintien des prestations**

En cas de résiliation du contrat collectif «MGAS Prévoyance», 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» de la présente notice.

CHAPITRE 4 - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article 28 - **Définition**

Cette garantie a pour objet de garantir, au(x) bénéficiaire(s) des Membres Participants assurés le versement d'un capital en cas de réalisation d'un des deux risques suivants :

-Décès survenant avant le 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'Assuré.

-Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenant avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'Assuré.

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.

En tout état de cause, la garantie décès/PTIA cesse au dernier jour du mois du 67ème anniversaire de l'Assuré, même si celui-ci est encore en activité.

Article 29 - **Montant de la garantie décès**

Pour le niveau « MGAS Séréna » : le montant du capital garanti est égal à 70 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.

Pour le niveau « MGAS Séréna + » : le montant du capital garanti est égal à 100 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.

Pour le niveau « MGAS Séréna Max » : le montant du capital garanti est égal à 130 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.

Article 30 - **Majorations pour « Décès en cas d'Accident » ou « Décès en cas d'Accident de service »**

Le capital garanti en cas de 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 intégrante du capital garanti en cas de décès.

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 31 - **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 la mutuelle, 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 de la mutuelle que lorsqu'elle leur a été notifiée par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

Article 32 - **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 simultané, ou postérieur de 3 mois maximum, au décès du Membre Participant, calculé de date à date.

La majoration est de :

- Pour le niveau «MGAS Séréna + », la majoration est égale à 100 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.
- Pour le niveau «MGAS Séréna max », la majoration est égale à 130 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie
- **Aucune majoration pour le niveau «MGAS Séréna »,**

La majoration est versée en fonction de la clause de désignation de bénéficiaires.

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 33 - **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 le niveau «MGAS Séréna + » ou le niveau «MGAS Séréna max »,
- **Aucun « Capital éducation » n'est versé pour le niveau «MGAS Séréna »**

Par enfant scolarisé, on entend un enfant pouvant justifier d'une inscription dans un établissement scolaire / universitaire, ou d'un contrat d'apprentissage.

Article 34 - **Montant de la garantie au titre du « Capital orphelin handicapé »**

La garantie a pour objet de garantir le versement d'un capital au bénéfice de l'enfant, atteint d'un handicap, du Membre Participant, en cas de décès de ce dernier.

Ce capital est égal à :

- Pour le niveau «MGAS Séréna »à 20 000€ par enfant orphelin handicapé,
- Pour le niveau «MGAS Séréna + » à 40 000€ par enfant orphelin handicapé,
- Pour le niveau «MGAS Séréna Max » 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, la mutuelle se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du bénéficiaire.

En cas de sinistre, doivent être adressés à la mutuelle 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 35 - **Montant de la garantie PTIA**

Pour les niveaux « MGAS Séréna » et «MGAS Séréna +» : le montant du capital de base garanti est égal à 70 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie.

Pour le niveau «MGAS Séréna Max » : le montant du capital de base garanti est égal à 100 % du revenu de référence mentionné au dernier certificat de garantie. Ce montant est au minimum égal à la somme de 60 000 euros.

La garantie décès ne se cumule pas avec la garantie PTIA. Le versement de l'indemnité due au titre de la garantie PTIA met fin à la garantie Décès.

Article 36 - **Conditions spécifiques de cessation de garantie**

Outre les conditions de cessation définies précédemment par la présente notice, l'assurance cesse de produire ses effets :

- **Le premier jour du mois qui suit l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'Assuré,**
- **Et en tout état de cause, le premier jour du mois qui suit son 67ème anniversaire.**

Le paiement du capital au titre de la PTIA fait cesser la garantie décès.

Article 37 - **Obligations en cas de sinistre**

Une déclaration de sinistre s'effectue à l'aide du formulaire dédié et doit être adressée à la Mutuelle accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

En cas de décès :

Un extrait d'acte de décès,

Une attestation médicale précisant la cause du décès,

Tout document justifiant l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires,

Un Relevé d'Identité Bancaire,

Toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par la Mutuelle.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

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 la Mutuelle, décrit la cause, la nature de l'invalidité, la date de consolidation de l'inaptitude 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,

Un Relevé d'Identité Bancaire,

Toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par la Mutuelle.

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, en application de l'article L.221-16 du Code de la mutualité, la Mutuelle pourra réclamer au Membre Participant une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard lui a causé.

Passé ce délai, en application de l'article L.221-16 du Code de la mutualité, si ce retard a causé un préjudice à la Mutuelle, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues à compter de la date de réception de la demande.

Toutes les déclarations de sinistres doivent être adressées à l'adresse suivante : MGAS - Service Prévoyance - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex

CHAPITRE 5 - GARANTIE INVALIDITE

Article 38 - **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 comité de réforme et la mutuelle.**

OU

- pour le Membre Participant relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité de 1ère 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 2ème ou 3ème 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 la mutuelle, inapte à exercer une activité professionnelle au sein de la Fonction publique.**

La mutuelle 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.

Article 39 - **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 40 - **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.

Le niveau «MGAS Séréna » ne comprend pas la garantie Invalidité. Le Membre Participant ayant souscrit le niveau «MGAS Séréna » 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 la mutuelle 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 le niveau «MGAS Séréna + »la rente est plafonnée à 55% x N/66 du Revenu de référence.

Pour le niveau «MGAS Séréna max »la rente est plafonnée à 75% x N/66 du Revenu de référence.

L'Invalidité Permanente Totale (IPT)

Pour le niveau «MGAS Séréna + », la rente est plafonnée à 55% du Revenu de référence.

Pour le niveau «MGAS Séréna max » la rente est plafonnée à 75% du Revenu de référence.

Le « revenu de référence » pris en compte par la mutuelle 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 la mutuelle 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 41 - 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 42 - 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 43 - 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 44 - 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 45 - Obligation en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la mutuelle 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 indemnisations 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 comité 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 1ère, 2ème ou 3ème catégorie,
- les décomptes de paiements de la Sécurité Sociale.

Toutes les déclarations de sinistre doivent être adressées à l'adresse suivante : MGAS – TSA 30129 37206 TOURS Cedex

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, la Mutuelle pourra réclamer au Membre Participant une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard lui aura causé.

La Mutuelle 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 46 - **Obligations en cas de changement de situation**

L'Assuré doit notifier à la Mutuelle 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 - GARANTIE DEPENDANCE

TITRE 1 : Définitions

Bénéficiaire : Le bénéficiaire des prestations est l'assuré.

Dépendance totale : Est reconnu en état de dépendance totale, l'assuré dont l'état de santé est consolidé et qui se trouve dans l'impossibilité permanente d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 3 des 4 actes de la vie quotidienne définis ci-après et se trouve dans les groupes (GIR) 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) visée aux articles L.232-2 et R232-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. En cas de dépendance de type neuropsychiatrique, l'état de santé doit être constaté médicalement par un psychiatre ou par un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

Définition des 4 actes de la vie quotidienne

Faire sa toilette : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
Précision : une personne qui a besoin d'aide uniquement pour se laver les cheveux ne sera pas reconnue dans l'incapacité de faire sa toilette.

S'alimenter : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.
Précision : la capacité de s'alimenter implique pouvoir couper ses aliments, se servir à boire, porter les aliments à sa bouche et avaler.

S'habiller : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.
Précision : si un assuré ne peut pas mettre en place sa prothèse seule, il sera considéré qu'il ne peut pas s'habiller seul.

Se déplacer : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.
Précision : si un assuré peut se déplacer seul à l'aide d'une canne, d'une béquille, d'un fauteuil roulant ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré qu'il est capable de se déplacer seul.

La dépendance doit être consolidée, c'est-à-dire qu'au moment de l'évaluation, l'état de santé de l'assuré est considéré comme ne pouvant plus s'améliorer dans le temps, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement.

Grille **AGGIR** (Groupes Iso-Ressources 1, 2 et 3)
L'évaluation de la dépendance est établie par l'Assureur à partir de la grille AGGIR en vigueur visée à l'article L232-2

du Code de l'Action Sociale et des Familles. Cette grille a été élaborée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (gériatres, méthodologistes, sociologues...).

La définition de la dépendance s'appuie sur la grille AGGIR en vigueur au jour de la signature du présent Contrat. En cas d'évolution de cette grille ou de la législation, le Souscripteur et la Mutuelle conviennent de se réunir afin de discuter de la révision de la grille AGGIR et de son impact sur le présent contrat.
La grille AGGIR utilise un tableau de variables discriminantes relatives aux actes essentiels de la vie courante (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'extérieur, à l'intérieur, communication à distance). Pour chacun de ces actes, c'est la capacité à faire seul, spontanément, totalement, correctement et habituellement qui est prise en compte afin d'affecter la personne à l'un des GIR (Groupe Iso Ressources).
A titre d'information (Décret n°2008-821 du 21/08/2008) :

GIR 1, ce groupe comprend à titre indicatif :
personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 est composé à titre indicatif de deux sous-groupes :
-les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
-les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

GIR 3, ce groupe comprend à titre indicatif :
Les personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seule l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

Franchise
Période débutant à la reconnaissance de la dépendance et à l'issue de laquelle l'assuré commence à percevoir sa rente dépendance

TITRE 2 : La cotisation

Article 47 - Exonération des cotisations

L'adhérent est exonéré du paiement de la cotisation due au titre du contrat lorsque celui-ci a été reconnu en état de dépendance totale telle que définie au présent Chapitre.

TITRE 3 : La garantie

Le choix du niveau de la garantie s'effectue au moment de l'adhésion sur production d'un bulletin individuel d'adhésion et peut être modifié à chaque échéance annuelle.

Article 48 - Objet de la garantie

En cas de dépendance totale, telle que définie au paragraphe « Définitions » et reconnue par le Médecin Conseil de la Mutuelle, l'assuré bénéficie d'une rente viagère versée par la Mutuelle dont le montant est fixé ci-après :

Article 49 - Montants garantis

Vous avez le choix entre trois niveaux de garanties :
- «MGAS Séréna» : Le montant de la rente viagère est fixé à 260 € par mois,
- «MGAS Séréna + » Le montant de la rente viagère est fixé à 520 € par mois, si l'adhérent au contrat est hébergé soit en unité de long séjour ou de cure médicale, soit en établissement hospitalier pour personnes âgées,
260 € par mois, dans les autres cas,
- « MGAS Séréna Max ». Le montant de la rente viagère est fixé à 520 € par mois.

Ces valeurs sont valables à partir du 1er janvier 2017.

Article 50 - Territorialité de la garantie

La garantie Dépendance est acquise en France métropolitaine et pour les DROM COM.
Dans le reste du monde la garantie dépendance est acquise pour les séjours n'excédant pas trois mois.

La constatation de l'état de dépendance doit avoir lieu en France métropolitaine, ou dans les DROM par un médecin désigné par la Mutuelle. Pour les adhérents non- résidents en France métropolitaine ou dans les DOM, les frais de déplacement pour être examiné par un médecin expert désigné par la Mutuelle ne seront pas pris en charge par ce dernier.

Article 51 - **Modification de garantie**

L'assuré peut, à chaque échéance annuelle de son contrat MGAS, modifier le niveau de ses garanties dans les conditions prévues aux garanties dépendance.
Les retraités n'ont pas la possibilité de changer d'option.

Article 52 - **Suspension de garantie**

N'ouvrent plus droit au bénéfice de la garantie les situations suivantes :
Les fonctionnaires en situation de mise à disposition (auprès d'une autre administration) ;
Les fonctionnaires en position de détachement (auprès d'une autre administration);
Les personnels mis en disponibilité pour convenance personnelle ;
Le congé sabbatique visé aux 'articles L 3142-91 à L3142-104du Code du travail ;
Le congé pour création d'entreprise visé aux articles L3142-78 à L3142-90 du Code du travail ;
Le congé parental d'éducation visé aux 'articles L1225-47 à L1225-60du Code du travail, et tout congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail, à l'exception du congé légal de maternité et de paternité ;

Sauf lorsque l'adhésion de l'assuré à la MGAS est maintenue et les cotisations correspondantes versées.

Article 53 - **Obligations en cas de sinistres**

RECONNAISSANCE PAR LA MUTUELLE DE L'ETAT DE DEPENDANCE DE L'ASSURE

En cas de dépendance totale, il appartient à l'assuré ou à une personne de son entourage, d'informer la MGAS et d'apporter les pièces justificatives de l'état de santé de l'assuré, qui elle-même se chargera de transmettre ces informations et ces pièces à la Mutuelle.
Le dossier de demande d'ouverture des prestations doit comporter un certificat du médecin traitant ou du médecin hospitalier, rédigé en langue française exposant l'état de dépendance totale de l'assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection, ou des affections.

En retour, une grille d'évaluation sera alors adressée par la Mutuelle à l'assuré qui devra la retourner dûment remplie et signée au Médecin-Conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil de la Mutuelle pourra, si les éléments décrivant la dépendance paraissent insuffisants, demander à l'assuré des éventuels compléments d'information ou le cas échéant un examen médical par un médecin expert choisi par la Mutuelle.

Un dossier refusé pourra être à nouveau examiné par le Médecin-Conseil de la Mutuelle à condition :
Qu'un délai de trois mois minimum se soit écoulé depuis la dernière étude ;
Que de nouvelles pièces justificatives actualisées et comportant des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré soient produites.

Dans le cas où l'assuré ou son représentant légal ainsi que le médecin traitant de l'assuré seraient en désaccord avec la décision du Médecin-Conseil de la Mutuelle, il sera procédé à la désignation d'un médecin expert dans les conditions prévues à l'article 4 du chapitre V de la présente notice.

OUVERTURE DES DROITS

L'assuré doit produire la demande de prestation Dépendance accompagnée des originaux et des pièces et justificatifs mentionnés au sein de l'annexe 1 de la présente notice d'information. **L'ouverture des droits à prestation débute <u>au plus tôt</u> à compter de la reconnaissance de la dépendance totale par le médecin conseil de la Mutuelle**.
Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

La date d'ouverture des droits à prestations ne pourra en aucun cas être antérieure à la date de réception de la demande de prestation ou à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

Article 54 - **Pièce à fournir en cas de sinistre**

La demande de prestation signée par le Membre Participant ou son représentant.
Un rapport médical circonstancié établissant l'état de dépendance du Membre Participant adressé sous pli confidentiel « à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle » permettant de déterminer si les conditions d'octroi sont réunies.
Seul l'avis du médecin conseil de la Mutuelle sera déterminant dans l'acceptation de la reconnaissance de l'état de dépendance du Membre Participant.
Le questionnaire médical d'évaluation de la dépendance complété par le médecin traitant du Membre Participant, adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la Mutuelle.
Une fois par an, une attestation sur l'honneur certifiant que le bénéficiaire de la rente est toujours en vie portant la mention « non décédé(e) ».
Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur les formulaires de demande de prestation

Article 55 - **Modalités de versement des prestations**

Après ouverture des droits et expiration du délai de franchise définie aux dispositions générales, le versement de la rente est effectué avant le dernier jour du premier mois après ouverture des droits et expiration du délai de franchise. Le versement de la rente est effectué directement à l'assuré dépendant, le cas échéant à son représentant légal si ce dernier y est habilité par jugement rendu par le juge des tutelles. Par la suite le versement sera toujours effectué mensuellement et à terme échu.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à la perception de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant de la rente servie.

Toutes les déclarations de sinistres doivent être adressées à l'adresse suivante :

MGAS – Service Prévoyance - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex

Pour pouvoir bénéficier du maintien de la prestation, un justificatif d'identité et une attestation remplie par le médecin traitant et signée conjointement par le médecin traitant et l'assuré ou son représentant légal, prouvant que l'assuré est toujours en vie et en état de dépendance totale doivent être adressés à la Mutuelle chaque 1er janvier de l'année N (ou à la date anniversaire de l'ouverture de la rente).

Article 56 - **Point de départ du versement de la prestation**

En cas de dépendance totale accidentelle, la rente est versée après une franchise continue de 90 jours à compter de la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale par la Mutuelle.

Lorsque la dépendance n'est pas d'origine accidentelle, la franchise continue est portée à 180 jours à compter de la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale par la Mutuelle.

L'indemnisation est ensuite viagère et se poursuit tant que l'assuré est en état de dépendance totale.

Article 57 - **Terme du versement de la prestation**

L'indemnisation cesse :

Au dernier jour du mois de survenance du décès de l'assuré,

À compter du 1er jour du mois civil où l'assurée remplit plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier de la rente sur la décision du médecin conseil de la Mutuelle.

La Mutuelle doit être avisée du décès de l'assuré dans les 15 jours suivants sa survenance. En cas de déclaration tardive du décès de l'assuré. La Mutuelle réclamera le remboursement des prestations indûment versées.

Article 58 - **Revalorisation des prestations**

En cours de service :

Les revalorisations des prestations en cours de service sont fixées sur proposition de la Mutuelle, par référence à l'augmentation de la valeur du point de la Fonction Publique dans la limite des disponibilités financières d'un fonds de revalorisation. Ce fonds est alimenté par une partie des excédents du contrat.

Article 59 - **Fin de la garantie**

La garantie prévue prend fin :

Au dernier jour du mois de la fin de l'adhésion du Membre Participant au contrat MGAS. Toutefois, la garantie peut être maintenue dans les conditions prévues par le point – Suspension - Maintien de garantie du présent chapitre;

À la date d'effet de la radiation, de l'exclusion ou de la démission de la MGAS du Membre Participant ;

Au décès de l'assuré ;

À l'issue de la procédure de non-paiement des cotisations prévue à l'article 4 du chapitre II de la présente notice.

Toutefois les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date d'effet de résiliation de l'adhésion continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

TITRE 4 : Les exclusions

La garantie dépendance ne joue pas si elle résulte de l'un des événements suivants :

- **Du fait intentionnel de l'assuré provoquant une dépendance ;**
- **Directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;**
- **Directement ou indirectement d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ;**
- **De la pratique de sports aériens ;**
- **D'actes de terrorisme ou de sabotage, d'émeutes ou mouvements populaires, de rixes (sauf en cas de légitime défense), de crimes et de délits, lorsque l'assuré y a pris une part active ;**
- **De l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale ;**
- **D'une altération de l'état de santé liée à l'alcool reconnue médicalement ;**
- **D'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route.**

TITRE 5 : Les dispositions diverses

Article 60 - **Contrôle médical et administratif**

la Mutuelle peut à tout moment, effectuer ou faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugerait utiles pour se prononcer sur l'admission de l'assuré à la présente garantie, l'ouverture ou la continuation du service de la rente.

la Mutuelle peut ainsi notamment demander à l'assuré de subir un examen médical approfondi soit par son propre médecin conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, la Mutuelle statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'assuré.

Si l'assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance totale, la rente est suspendue. Le service de la rente peut reprendre sans délai du jour où l'état de dépendance totale est à nouveau reconnu.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées.

Article 61 - **Litiges médicaux**

Pour être recevable, toute contestation médicale doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la notification de décision prise à l'égard de l'adhérent (lettre de notification).

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de la Mutuelle et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, ce médecin arbitre serait désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Tribunal judiciaire du domicile de l'assuré.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la Mutuelle restent à la charge de cette dernière, ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.
Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge de l'assuré.

SYNTHESE DES PRESTATIONS PREVOYANCE

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.

	Séréna	Séréna +	Séréna Max
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
Dépendance	260 € à domicile et à l'hôpital	260 € à domicile 520€ à l'hôpital	520 € à domicile et à l'hôpital

Annexe 10 – Document d'information préalable santé et prévoyance

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

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

PRODUIT : ACTIV'SANTE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 du Régime Obligatoire (RO) français. Le produit Activ'Santé 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 la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Soins courants :** honoraires médicaux, honoraires des auxiliaires-médicaux et des sages-femmes, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO à 30% et 65%, matériel médical.
- ✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, frais liés à l'hébergement.
- ✓ **Prévention et médecine douce :** vaccins pris en charge par le RO, forfait contraceptif, actes de dépistage, substituts nicotiniques non pris en charge par le RO.
- ✓ **Autre prestations :** frais de cure thermale pris en charge par le RO, allocation naissance, frais de transport pris en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire :** soins et prothèses 100% Santé, soins dentaires, Inlay et Onlay, prothèse dentaire prise en charge par le RO, orthodontie prise en charge par le RO, implant racine prise en charge par le RO.
- ✓ **Optique :** équipements 100% Santé, montures et verres hors 100% Santé, lentilles prises en charge par le RO, chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives** : aide auditive, bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par le RO, frais d'entretien d'aide auditive.

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Responsabilité Civile Scolaire
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYNSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Assistance à domicile
- ✓ Soutien à la famille

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 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 au ***Règlement Mutualiste.***

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boites 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.
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ! 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 :

- ! Hospitalisation : prise en charge de la chambre individuelle limitée à 60 jours par an pour les séjours en service ou établissement psychiatrique, et à 90 jours par an en Soins de Suite et de Réadaptation.
- ! Frais d'accompagnant : prise en charge limité à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ou handicapé quel que soit son âge, ou une personne de plus de 70 ans.
- ! 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.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au **Règlement Mutualiste.**

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, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
✓Réseau de soins : en France.
✓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 et en principauté de Monaco.

Quelles sont mes obligations ?

A la souscription :

- Répondre exactement aux questions posées 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 d'adhésion :

- 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 évènements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des évènements 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 d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat. Un paiement fractionné mensuellement à terme échu peut toutefois être accordé.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

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. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, 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 automatiquement 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, moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée ou recommandée électronique postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.

ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance

MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475

Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15 ;

PRODUIT : SERENA

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 indemnisations 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 choisi à l'adhésion. 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'une indemnité journalière dont le montant est choisi à l'adhésion. L'indemnité est versée à l'assuré mensuellement.
- ✓ **En cas d'invalidité permanente totale ou partielle :** versement à l'assuré d'une rente mensuelle dont le montant est choisi à la souscription

Garanties optionnelles

En cas d'invalidité permanente partielle : versement à l'assuré d'une rente mensuelle dont le montant est choisi à la souscription.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

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 prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale

×Une rechute, c'est à dire une nouvelle cessation d'activité professionnelle consécutive à un premier arrêt de travail ayant débuté pendant le délai de stage ou avant l'adhésion du Membre au présent contrat.

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 :

Les conséquences

! 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 soumise 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 :

Un délai de stage de 6 mois s'applique sur l'ensemble des garanties (sauf en cas d'ancienneté dans la Fonction Publique inférieure à 5 ans

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail :

! Ne sont prises en compte et indemnisées que les primes récurrentes liées au poste occupé.

! 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.**

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 l'adhésion :

- 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 d'adhésion :

- 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 évènements 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 indiquée 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 ;
Les garanties cessent au jour du passage à la retraite et au plus tard au 31 Décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint 67 ans.

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, moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée ou recommandée électronique postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.

Annexe 11 – Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire

Les dispositions incluses à la présente annexe n°11 « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » viennent compléter et/ou déroger aux dispositions générales et au(x) annexe(s) incluse(s) au règlement mutualiste ACTIV'SANTE.

En conséquence, les dispositions incluses à la présente annexe prévalent sur les dispositions incluses au règlement mutualiste ACTIV'SANTE.

En cas de contradiction entre les dispositions incluses à la présente annexe et les dispositions incluses au règlement mutualiste ACTIV'SANTE, prévaudront toujours les dispositions incluses à la présente annexe.

Les dispositions des articles du règlement mutualiste ACTIV'SANTE qui ne sont pas modifiés par la présente annexe n°11demeurent applicables au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire ».

Les annexes 6, 7, 8, 9 et 10 du règlement mutualiste ACTIV'SANTE ne sont pas applicables au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire ».

PREAMBULE

Peut adhérer au règlement mutualiste « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » toute personne qui était adhérente auprès de la MGAS dans le cadre :

- soit d'un contrat Aide Complémentaire Santé (ACS) qui arrive à échéance,
- soit d'un contrat Complémentaire Santé Solidaire qui arrive à échéance,

et dont les droits à la Complémentaire Santé Solidaire ne sont pas renouvelés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Cette personne peut adhérer au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » quel que soit son âge et son statut professionnel (actif, inactif ou retraité) en complétant un bulletin d'adhésion au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire ».

TITRE I : Dispositions générales

Article 4 - **Catégories mutualistes**

I. Membres Participants

Peut adhérer, en qualité de Membre Participant toute personne qui était adhérente auprès de la MGAS dans le cadre :

- soit d'un contrat Aide Complémentaire Santé (ACS) qui arrive à échéance,
- soit d'un contrat Complémentaire Santé Solidaire qui arrive à échéance

et dont les droits à la Complémentaire Santé Solidaire ne sont pas renouvelés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

II. Ayants droit

Les ayants droits ne peuvent être que **les personnes qui étaient aussi bénéficiaires des prestations de la mutuelle dans le cadre :**
- soit du contrat ACS arrivé à échéance,
- soit du contrat Complémentaire Santé Solidaire arrivé à échéance.

La Mutuelle n'admet **comme nouvel ayant droit au cours de la période de validité du « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » que les enfants nouveaux, nés ou adoptés.**

CHAPITRE 1 - ADHESION

Article 5 - **Formalités d'adhésion**

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

Concernant le Membre Participant :
- Le bulletin d'adhésion au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » dûment complété, daté et signé (y compris le mandat de prélèvement SEPA),
- Une photocopie de l'attestation de refus du droit au renouvellement de la Complémentaire Santé Solidaire par l'Assurance Maladie Obligatoire avec le nom de toutes les personnes,
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité, avec le nom des mineurs à inscrire,
- 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 refus du droit au renouvellement de la Complémentaire Santé Solidaire par l'Assurance Maladie Obligatoire, mentionnant le nom de l'ayant droit,
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité,
- Un Relevé d'Identité Bancaire, à défaut, les remboursements seront effectués sur le compte du Membre Participant,
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide.

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle sera notifiée au Membre Participant par un ou plusieurs courriers, dont le certificat de garantie, qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (Membre Participant et le cas échéant le(s) Ayant(s) Droit) :
- La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle,
- La date de prise d'effet des garanties,
- Le montant des cotisations ainsi que leurs échéances.

Le ou les courriers pourront éventuellement être transmis par voie électronique, si le Membre Participant en a donné son accord sur le bulletin d'adhésion. 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.
La Mutuelle peut être amenée à recueillir des 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 proposées au Membre Participant**

I. Garantie «Frais de santé»

Dans le cadre de l'adhésion au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » le Membre Participant adhère uniquement à une garantie frais de santé **conforme aux dispositions de l'article L861-3 du code de la sécurité sociale.**

II. Garanties de Prévoyance

Aucune garantie de « Prévoyance » n'est accordée par la Mutuelle.

III. Services

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, bénéficie aussi de garanties et services assurés par la Mutuelle ou par d'autres organismes :
- Réseau de soins Santéclair, annexe 3
- MGAS Assistance, annexe 4
- Assurance scolaire, annexe 5

Dans les conditions prévues dans le présent Règlement Mutualiste et ses annexes.

IV. Action sociale

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, peut bénéficier d'aides sociales dans les conditions d'attribution prévues à cet effet et décrites dans le présent Règlement Mutualiste.

Article 7 - **Prise d'effet de l'adhésion**

I. Prise d'effet de l'adhésion à la mutuelle

La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle correspond à la date d'échéance :
- soit du contrat Aide Complémentaire Santé (ACS),
- soit du contrat Complémentaire Santé Solidaire.

II. Prise d'effet à la garantie « Frais de santé » et des services associés à la garantie santé

En conséquence, la date de prise d'effet de la garantie Frais de santé au titre du «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » et des services associés à la garantie santé correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle **sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'article 5 inclus à la présente annexe.**

III. Prise d'effet de la garantie « Frais de santé » et des services associés à la garantie santé en cas d'ajout d'Ayant(s) Droit

En cas de naissance ou d'adoption, l'ajout prendra effet le jour de la naissance ou de l'adoption, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans un délai de 3 mois à compter de la naissance ou de l'adoption.
À défaut, la garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande d'ajout à la Mutuelle.

Article 8 - **Durée et renouvellement de l'adhésion**

L'adhésion au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » **a une durée ferme d'un an. L'adhésion, à l'expiration de cette période ferme d'un an, prend fin automatiquement et n'est pas renouvelable.**

CHAPITRE 2 - RENONCIATION, RESILIATION, DEMISSION

Article 10 - **Résiliation par le Membre participant**

I / L'adhésion au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » ayant une durée ferme d'un (1) an, celle-ci prend fin automatiquement à l'expiration de cette durée d'un (1) an. En conséquence les dispositions relatives à la « Résiliation à la date d'échéance annuelle » incluses au I de l'article 10 des dispositions générales du règlement mutualiste ne sont pas applicables.

II / Les dispositions incluses au II de l'article 10 des dispositions générales du règlement mutualiste sont applicables au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire ».

TITRE II - LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 24 - **Définition**

La garantie « Frais de santé » accordée par la Mutuelle dans le cadre du « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » correspond aux garanties incluses à l'article L861-3 du code de la sécurité sociale.

Il n'est pas possible de modifier ces garanties accordées par la Mutuelle en cours d'adhésion.

Les assurés bénéficient du tiers payant dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale et l'article 29 des dispositions générales du règlement mutualiste.

Article 26 - **Bénéficiaires des prestations**

Sont bénéficiaires des prestations le membre participant et les Ayants droit inscrits dans le cadre du «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire ».

Article 28 - **Tableau des garanties**

Les garanties accordées par la Mutuelle dans le cadre du «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » figurent dans le tableau ci-dessous :

Guide de lecture

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 au Règlement Mutualiste. La formule «SORTIE CSS» est solidaire et responsable ; elle répond 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).

SOINS COURANTS	RO [1]	CONTRAT DE SORTIE CSS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, actes techniques médicaux généralistes /spécialistes OPTAM / OPTAM -CO ou non [2]	70 %	100 %
Actes de radiologie, actes techniques médicaux et d'imagerie OPTAM / OPTAM -CO ou non [2]	70 %	100 %
Honoraires paramédicaux		
Honoraires des sages-femmes	70 %	100 %
Honoraires des auxiliaires médicaux	60 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de laboratoires OPTAM / OPTAM -CO ou non [2]	60 % / 70 %	100 %
Médicaments		
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important (pris en charge à 65 %)	65 %	100 %
Médicaments à Service Médical Rendu modéré (pris en charge à 30 %)	30 %	100 %
Médicaments à Service Médical Rendu faible (pris en charge à 15 %)	15 %	15 %
Matériel médical		
Prothèse capillaire, mammaire et oculaire (par prothèse et par année civile) [3]	60 %	150 €
Grand appareillage dont véhicule pour personnes atteintes de handicapes	100 %	100 %
Petit appareillage, pansement, accessoire, orthopédie, orthèse	60 %	100 %

1. Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. **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. **3.** Le forfait inclut le ticket modérateur.

HOSPITALISATION [4]	RO [1]	CONTRAT DE SORTIE CSS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier (sans limitation de durée)	-	Frais réels
Honoraires		
Honoraires médicaux et chirurgicaux OPTAM / OPTAM-CO [2]	80 %	100 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux non OPTAM / OPTAM-CO [2]	80 %	100 %
Frais de séjour (sans limitation de durée)	80 %	100 %
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réels

PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE	RO [1]	CONTRAT DE SORTIE CSS
Prévention		
Vaccins prescrits et pris en charge par le RO (par année civile)	30 % / 65 %	100 %
Substituts nicotiniques non pris en charge par le RO (sur prescription médicale et par année civile)	-	200 €
Actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable)	60 % / 70 %	100 %
Actes de dépistage : hépatite B, cancer du sein, cancer de l'utérus, cancer colo-rectal, trouble de l'audition	60 % / 70 %	100 %

AUTRES PRESTATIONS	RO [1]	CONTRAT DE SORTIE CSS
Frais de transport pris en charge par le RO	65 %	100 %
Allocation Naissance [5]	-	150 €

4. 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'enfant à caractère sanitaire (MECS). **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 le Règlement Mutualiste.

DENTAIRE [6]

	RO [1]	CONTRAT DE SORTIE CSS
100% SANTÉ	Soins et prothèses «**100% Santé**» sans reste à charge, **à partir du 1er janvier 2020.** Remboursement intégral (RO + RC) des soins et prothèses concernés dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF). [10]	
Soins hors 100% Santé		**Dans la limite du HLF pour les prestations à tarifs modérés [7]**
Soins dentaires et Consultation	70 %	100 %
Prothèses hors 100% Santé		**Dans la limite du HLF pour les prestations à tarifs modérés [7]**
Soins prothétiques pris en charge par le RO		
Prothèses dentaires	70 %	125 %
Orthodontie prise en charge par le RO		
Traitement d'orthodontie, contention, surveillance	70 % / 100 %	125 %

OPTIQUE

	RO [1]	CONTRAT DE SORTIE CSS
100% SANTÉ	Équipement «**100% Santé**» sans reste à charge, **à partir du 1er janvier 2020.** Remboursement intégral (RO + RC) d'un équipement optique dans la limite des prix limites de vente [10]. Avec l'OffreClair, je bénéficie d'avantages complémentaires : montures Origine France Garantie, choix élargi de montures (80 au lieu de 17 dans le 100% Santé) et verres de marque amincis chez les opticiens du réseau Santéclair.	
Monture + 2 verres simples hors 100% Santé [8]	60%	100 %
Monture + 2 verres complexes hors 100% Santé [8]	60 %	100 %
Monture + 1 verre complexe + 1 verre simple hors 100% Santé [8]	60 %	100 %
Lentilles prises en charge par le RO	60 %	100 %
Suppléments optiques	60 %	100 %

AIDES AUDITIVES

	RO [1]	CONTRAT DE SORTIE CSS
100% SANTÉ	Équipement «**100% Santé**» sans reste à charge **à partir du 1er janvier 2021.** Remboursement intégral (RO + RC) d'une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans, dans la limite des prix limite de vente. [10]	
Aides auditives hors 100 % Santé prises en charge par le RO (par oreille et par année civile) [9]	60 %	100 %
Accessoires et piles pris en charge par le RO	60 %	100 %

6. Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge. **7.** En dehors du 100% Santé, il existe deux paniers de soins : les prestations à tarifs modérés qui sont soumis à des Honoraires Limite de Facturation (HLF) et ceux à tarifs libres qui ne le sont pas. **8.** 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 165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. **9.** Remboursement sur la base d'un tarif variant en fonction de l'âge et du handicap. **10.** Le 100% SANTE 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 débutera progressivement à partir du 1er 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. Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront dans la limite des Honoraires Limite de Facturation.

TITRE III - COTISATIONS

Article 39 - **Modalités de paiement et montants des cotisations**

En contrepartie de l'adhésion au «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire », le Membre participant s'engage au paiement d'une cotisation mensuelle payable à terme échu.

La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire.
En cas de refus de prélèvement bancaire l'adhérent pourra exceptionnellement s'acquitter de sa cotisation annuelle par chèque bancaire, sur accord de la Mutuelle.
En cas d'impossibilité de paiement mensuel ou en cas de refus de prélèvement automatique, la cotisation est versée d'avance et annuellement (à la date de prise d'effet de l'adhésion prévue à l'article 7 de la présente annexe).

Le montant de la cotisation mensuelle hors taxes, pour le Membre participant, correspond aux montants fixés réglementairement par l'article 1 de l'arrêté du 27 décembre 2019 soit :

	Régimé général	Alsace-Moselle
Moins de 30 ans	16€	5,60€
30 à 49 ans	28€	9,80€
50 à 59 ans	42€	14,60€
60 à 69 ans	50€	17,40€
70 et plus	60€	21€

Les articles 40, 41, 42, 43 des dispositions générales du règlement mutualiste ne s'appliquent pas au «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire ».

Article 44 - **Modification de la situation familiale**

II / Ne sont pas applicables dans le cadre du «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » les dispositions du paragraphe II de l'article 44 du Règlement Mutualiste ACTIV'SANTE intitulé « Modification de la situation administrative ».

Article 45 - **Cotisations des Ayants droit**

Pour la garantie Frais de santé, les cotisations des ayants droit sont égales, par personne assurée, au montant de la cotisation mensuelle hors taxes figurant dans le tableau ci-dessous et correspondant aux montants fixés réglementairement par l'article 1 de l'arrêté du 27 décembre 2019 soit :

Age au premier janvier de l'année	Tarif mensuel hors taxes et incluant les garanties additionnelles pour chaque Ayant droit assuré
Ayant droit âgé de 29 ans et moins	16€
Ayant droit âgé de 30 à 49 ans	28€
Ayant droit âgé de 50 à 59 ans	42€
Ayant droit âgé de 60 à 69 ans	50€
Ayant droit âgé de 70 ans et plus	60€

Article 46 - **Révision de la cotisation**

La cotisation étant fixée en fonction de dispositions réglementaires, une modification de ces dispositions réglementaires entraînera la modification de la cotisation hors taxes applicable dans le cadre du «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » et ce à même date que la modification réglementaire.
Les cotisations fixées pourront également être aménagées en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

TITRE IV - GARANTIES DE PREVOYANCE

Les dispositions du titre IV du Règlement mutualiste ACTIV'SANTE ne sont pas applicables au «Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire ».

Annexe A – Obligations d'information précontractuelle - Vente à distance – Contrat de sortie CSS

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

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 au Règlement Mutualiste remis 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 au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion. Figurent aussi à ce Règlement Mutualiste 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 concomitante à la date de prise d'effet des garanties est :
-soit la date d'échéance du contrat ACS,
-soit la date d'échéance du contrat Complémentaire Santé Solidaire.
sous réserve de l'envoi du bulletin d'adhésion dument rempli, signé et complété des pièces justificatives.

Durée de l'adhésion à la Mutuelle
L'adhésion est valable à compter de la date de prise d'effet pour une durée d'un an ferme sans renouvellement.

Conditions de démission
L'adhésion est à durée ferme de un an. Au terme de cette période d'un an, l'adhésion prend fin de manière automatique.

Droit de renonciation
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 renonciation sont incluses au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Modèle de formulaire de renonciation
La Mutuelle met à disposition un modèle de formulaire de renonciation :
« 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 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.

La demande de renonciation 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.adhérents@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 renonciation, il n'est plus possible d'user de la faculté de renonciation et la cotisation est due en intégralité.

Base de calcul de la cotisation
Le montant de la cotisation frais de santé est déterminé en fonction d'un arrêté. Le montant fixé par l'arrêté est hors taxes. En conséquence, doit s'ajouter la Taxe de Solidarité Additionnelle. Une adhésion dématérialisée n'amène aucun frais supplémentaire. La cotisation est calculée selon l'âge.

Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est mensuelle, payable à terme échu par prélèvement automatique.
En cas de refus de prélèvement bancaire, l'adhérent pourra, exceptionnellement et sur accord de la Mutuelle, s'acquitter de sa cotisation annuelle par chèque bancaire à terme à échoir.

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 30129
37206 Tours Cedex,

Par e-mail :
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 la réception de la réclamation,
À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

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 par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :
Par courrier :
Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Par mail :
mediation@mutualite.fr
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.

Juridiction 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 du présent Règlement Mutualiste.

Annexe B – Document d'information préalable santé

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475

Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15

PRODUIT : CONTRAT DE SORTIE COMPLMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (CSS)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 du Régime Obligatoire (RO) français. Le produit Contrat de Sortie CSS respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds 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 sages-femmes, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO, matériel médical.

✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds.

✓ **Prévention :** vaccins pris en charge par le RO, actes de prévention, substituts nicotiniques non pris en charge par le RO.

✓ **Autres prestations :** frais de cure thermale pris en charge par le RO, allocation naissance, frais de transport pris en charge par le RO.

✓ **Dentaire :** soins et prothèses 100% Santé, soins dentaires, prothèse dentaire prise en charge par le RO, orthodontie prise en charge par le RO.

✓ **Optique :** équipements 100% Santé, monture et verres hors 100% Santé, lentilles prises en charge par le RO, suppléments optique.

✓ **Aides auditives :** aide auditive, accessoires et piles pris en charge par le RO.

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PRÉVUS :

✓ Tiers-payant

✓ Réseau de soins

✓ Assistance

✓ Action sociale

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 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 au ***Règlement Mutualiste.***

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

! La participation forfaitaire et les franchises sur les boites 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.

! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD).

! 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.

! Hospitalisation : chambre individuelle et frais d'accompagnant.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! 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.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au ***Règlement Mutualiste.***

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, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
✓Réseau de soins : en France.
✓Assistance : en France Métropolitaine et en outre-mer, en principauté d'Andorre, en principauté de Monaco.

Quelles sont mes obligations ?

A la souscription :
- Répondre exactement aux questions posées 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 d'adhésion :
- 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 évènements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des évènements suivants :
•Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès;
- 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. La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire.
En cas de refus de prélèvement bancaire et sur accord de la Mutuelle, l'adhérent pourra exceptionnellement s'acquitter à l'avance de sa cotisation annuelle par chèque bancaire

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat correspond à la date d'échéance :
- soit du contrat Aide Complémentaire Santé (ACS),
- soit du contrat Complémentaire Santé Solidaire.
En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, 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 au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » a une durée ferme d'un an. L'adhésion, à l'expiration de cette période ferme d'un an, prend fin automatiquement et n'est pas renouvelable.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est d'une durée ferme de 1 an non renouvelable. Il prend donc fin de plein droit à son échéance.

www.mgas.fr

Contacts :

Tél. 01 44 10 55 55 (n° non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00
contact@mgas.fr

MGAS Siège social : 96 avenue de Suffren – 75730 Paris Cedex 15. La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) est régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité – N° Siren 784 301 475