





# Contrat collectif à adhésion facultative

## « MGAS DGAC – Dépendance facultative »

### Sommaire

1.	Préambule	2
2.	Glossaire	2
3.	Conditions générales	3
3.1.	Adhésion au contrat collectif	3
3.2.	Risques exclus	4
3.3.	Modification, suspension et terme de la garantie	5
3.4.	Contrôle médical – Procédure de conciliation – prescription-informatique et liberté - ACPR – Lutte anti blanchiment	6
3.5.	Cotisations	7
3.6.	Présentation des garanties	7
4.	Renseignements, réclamations et médiation	10
5.	Annexe : barème de cotisations	10

### 1. Préambule

La présente notice d'information rapporte l'ensemble des dispositions du contrat collectif « MGAS DGAC – Dépendance facultative », contrat collectif à adhésion facultative.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la mutualité.

Il est souscrit :

- par l'« Association MGAS Protection », Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, dont le siège social est situé 96 avenue de Suffren – 75730 Paris Cedex 15, et représentée par son Président ci-après nommée « le Souscripteur » ou « l'Association » d'une part,
- Auprès de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales la MGAS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475, siège social 96 avenue de Suffren – 75730 Paris Cedex 15, ci-après dénommée « la Mutuelle », d'autre part.

La notice a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure, au bénéfice des membres de l'Association ayant souscrit à l'offre « MGAS DGAC – Dépendance facultative », le versement de prestations selon les modalités définies ci-après lors de la survenance du sinistre dépendance.

### 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 Participant cotise. Tout évènement né pendant le délai de stage ne sera pas indemnisé.

**Dépendance** : (voir article 21 pour la définition détaillée) 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 (cf. article 23) et se trouve dans les groupes GIR 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR.

**Franchise** : délai à l'expiration duquel le Membre Participant reconnu en état de dépendance peut prétendre à une indemnisation.

**Membre Participant** : personne physique qui adhère au contrat collectif et verse à ce titre une cotisation.

**Mutuelle** : Désigne la mutuelle MGAS,

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

**Souscripteur** : l'Association MGAS Protection.



### 3. Conditions générales

#### 3.1. Adhésion au contrat collectif

##### Article 1 - Personnes assurées

Peuvent demander à bénéficier de la présente garantie « MGAS DGAC – Dépendance facultative » les adhérents de l'Association ayant souscrit au contrat collectif référencé par la DGAC, sous réserve du respect des conditions d'activité, d'âge et de santé détaillées ci-après.

##### Article 2 - Conditions et modalités d'adhésion

**Pour souscrire à la garantie « MGAS DGAC – Dépendance facultative », le Membre Participant doit être en activité ou avoir pris sa retraite dans les 6 mois précédant sa demande d'adhésion.**

**Par dérogation, la souscription est ouverte aux retraités de moins de 65 ans, jusqu'au 31 décembre 2019.**

##### Article 3 - Délais de stage

**Les délais de stage sont les suivants :**

- **un délai de stage d'un an est appliqué en cas de dépendance totale suite à une maladie, à l'exception des maladies indiquées ci-après,**
- **un délai de stage de 3 ans est appliqué en cas de dépendance totale consécutive, à une maladie neurologique, psychiatrique, à un état de démence sénile, à la maladie d'Alzheimer,**
- **un délai de stage 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, l'adhésion prendra fin automatiquement et les cotisations versées au titre de la dépendance seront intégralement remboursées.**

Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas de dépendance totale consécutive à un accident.

##### Article 4 - Questionnaire Médical Simplifié

**Une sélection médicale est appliquée, sous la forme d'un questionnaire médical simplifié.**

**Si le candidat a répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Médical Simplifié, son adhésion est acceptée.**

**Dans le cas contraire, s'il a répondu OUI à au moins l'une des questions du Questionnaire Médical Simplifié, l'adhésion au contrat lui sera refusée.**

##### Article 5 - Date d'effet et renouvellement de l'adhésion

Sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion par le Membre Participant.

L'adhésion à la garantie est valable pour une année civile, soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre minuit.

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

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation.

Le renouvellement de l'adhésion au contrat donne lieu à l'envoi à chaque Membre Participant, par la Mutuelle, d'un certificat de garantie au contrat.

##### Article 6 - Information lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion, la Mutuelle s'engage à remettre à chaque Membre Participant, outre le bulletin d'adhésion, les statuts et règlement intérieur de la Mutuelle.

En application de l'article L.221-6, la présente notice d'information établie par la Mutuelle est remise au Membre Participant par l'association souscriptrice. Cette notice a pour objet de définir la garantie prévue par le contrat et ses modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les nullités, déchéances, exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription. Le bulletin d'adhésion comporte un projet de lettre destiné à permettre au Membre Participant d'exercer sa faculté de renonciation.

##### Article 7 - 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 au contrat collectif « MGAS DGAC – Dépendance facultative » sans donner de motif. Ni supporter de pénalités

Le Membre Participant a le droit de renoncer sans donner de motif.

Le délai de renonciation expire trente jours 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.



Pour exercer son droit de renonciation, le Membre Participant doit notifier à la mutuelle 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](mailto:relation.adherents@mgas.fr)

Pour ce faire, le Membre Participant peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant : « Je soussigné(e) (Nom Prénom), demeurant (Adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif « MGAS DGAC – Dépendance facultative » (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 Mutuelle.

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 8 - Résiliation unilatérale par le Membre Participant (démission)

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion au contrat par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle, avec un préavis de 2 (deux) mois avant l'échéance annuelle du contrat, soit avant le 31 octobre.

La demande prend effet le 1<sup>er</sup> janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

### 3.2. Risques exclus

#### Article 9 - Risques exclus

**Sont exclues et ne donnent lieu à aucune prestation les conséquences :**

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le Membre Participant y prend une part active dans un cadre extra-professionnel,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par le Membre Participant
- 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, 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, planeur, 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 et/ou par prise mentionnées sur la notice du médicament),
- 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.



### 3.3. Modification, suspension et terme de la garantie

#### Article 10 - Modification – terme de la garantie

##### - Modification de la garantie

En cas de modification de la garantie décidée d'un commun accord entre la Mutuelle et le Souscripteur, ce dernier est tenu de remettre aux Membres Participants une notice comportant les modifications apportées à la garantie. La preuve de la remise de la notice incombe au Souscripteur.

Les modifications sont applicables aux Membres Participants le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de remise de la notice.

En application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à la garantie facultative en raison de ces modifications dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice.

##### - Terme de la garantie

#### La garantie prend fin :

- lorsque le Membre Participant perd la qualité de Membre Participant de la Mutuelle pour cause de radiation, démission ou exclusion,
- lorsque le Membre Participant n'adhère plus au contrat collectif à adhésion facultative référencé par la DGAC,
- à la date de fin du contrat collectif « MGAS DGAC – Dépendance facultative » conclu entre l'Association et la Mutuelle, pour quelque raison que ce soit.

Dans tous les cas, le terme de la garantie entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les Membres Participants, à l'exception des prestations en cours de versement, au titre d'un Sinistre garanti qui s'est réalisé avant le terme de la garantie, qui continuent à être prises en charge par la Mutuelle, dans les limites contractuelles.

#### Article 11 - Exclusion des Membres Participants – Fausse déclaration

Toutefois, peut être exclu de la Mutuelle, dans le respect des règles définies par le Code de la mutualité et selon ses statuts, tout Membre Participant qui aurait causé aux intérêts de la mutuelle un préjudice volontaire dûment constaté.

##### - Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant 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 la Mutuelle 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 Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

##### - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité, 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 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.



### 3.4. Contrôle médical – Procédure de conciliation – prescription-informatique et liberté - ACPR – Lutte anti blanchiment

#### 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 de la présente garantie.

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 Mutuelle, 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 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'évènement 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 fautive 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.

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 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 - Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet.

Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant bénéficie de garanties, ainsi qu'aux délégués de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excédera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.



Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Membre Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant. Il pourra exercer ce droit d'accès, de rectification ou d'opposition en s'adressant directement à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Le Membre Participant dispose aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

#### Article 15 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

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

61 rue Taitbout  
75436 PARIS Cedex 09.

#### Article 16 - 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 17 - Loi - 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 civils (en fonction de l'importance du litige, soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance).

### 3.5. Cotisations

#### Article 18 - Base de cotisation

Pour les adhérents actifs (c'est à dire n'ayant pas encore liquidé leur pension de retraite), la cotisation est calculée par référence à la « Rémunération Annuelle de Référence » du contrat référencé par la DGAC. L'assiette de cotisation est strictement identique et correspond à celle qui figure sur le certificat de garantie.

Pour les adhérents retraités, la cotisation est exprimée en fonction du dernier Traitement Indiciaire Brut d'activité, figurant sur l'arrêté de mise en retraite (« arrêté de radiation »).

#### Article 19 - Modalités de calcul de la cotisation

Le montant des cotisations est fixé en annexe de la présente notice.

Le montant de la cotisation annuelle est obtenu par l'application d'un pourcentage à la base de cotisation. Pour les retraités, le montant obtenu ne peut pas dépasser le niveau en euros figurant en annexe.

Les cotisations sont payables à la Mutuelle, mensuellement à terme échu. Tout mois commencé est dû dans sa totalité.

#### Article 20 - Modalités de règlement des cotisations

Le règlement des cotisations s'effectue par le Membre Participant auprès de la Mutuelle par prélèvement bancaire.

Le fractionnement du paiement de la cotisation ne peut remettre en cause le caractère annuel de l'adhésion. En cas d'incidents de paiement répétés, la Mutuelle se réserve le droit d'exiger le paiement annuel de la cotisation.

#### Article 21 - Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation à l'échéance le Membre Participant peut être exclu.

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

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion.

### 3.6. Présentation des garanties

#### Article 22 - Définition

La garantie a pour objet le versement d'une rente viagère au Membre Participant reconnu en état de dépendance totale par le médecin conseil de la Mutuelle.

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.



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.

### Article 23 - 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 DROM, 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 24 - 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 seul, 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.

Grille AGGIR (Groupes Iso-Ressources 1, 2 et 3)

L'évaluation de la dépendance est établie par la Mutuelle à partir de la grille AGGIR en vigueur visée à l'article L.232-2 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 souscription du 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 :

Les 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.

### Article 25 - Point de départ de la prestation

#### - Reconnaissance de la dépendance

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. Celui-ci 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.

#### - Début de la prestation

La garantie débute au 1<sup>er</sup> jour du mois de reconnaissance de l'état de dépendance par le médecin conseil de la Mutuelle.

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 26 - Montant de la prestation

La prestation est versée mensuellement. Le montant de la rente viagère est fixé à :

- 520 € par mois, valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 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, valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2018, dans les autres cas.

#### Article 27 - Revalorisation des prestations en cours de service

En cours de service, le montant de la prestation peut être revalorisé annuellement à chaque 1<sup>er</sup> janvier par décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

#### Article 28 - Terme du versement

L'indemnisation cesse :

- au dernier jour du mois de survenance du décès de l'assuré,

OU

- à compter du premier jour du mois pour lequel l'adhérent n'est plus éligible à la prestation.

En cas de déclaration tardive du décès (plus d'un mois après l'évènement), la Mutuelle se réserve le droit de demander le remboursement des prestations indûment versées.

#### Article 29 - Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, 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.

#### Article 30 - 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 :

- 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 MGAS 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 signée par le médecin traitant prouvant que le bénéficiaire de la rente est toujours en vie et en état de dépendance, portant la mention « non décédé(e)»,
- Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur les formulaires de demande de prestation.

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

MGAS – Service Prévoyance  
96 avenue de Suffren  
75730 Paris Cedex 15

La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies. En cas de non-respect de ce délai de 6 mois, 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.

#### Article 31 - Secret médical

Le Membre Participant doit transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de la Mutuelle :

MGAS  
A l'attention du Médecin-Conseil  
96 Avenue de Suffren  
75730 Paris Cedex 15

#### Article 32 - Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres Participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.



La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

Pour le paiement des indemnités journalières versées, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des Membres Participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

## 4. Renseignements, réclamations et médiation

### Article 33 - Renseignement et réclamation

Pour toute demande d'information ou réclamation le Membre Participant peut s'adresser au siège de la mutuelle situé à :

MGAS - Service Prévoyance  
96 avenue de Suffren  
75730 PARIS Cedex 15

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

### Article 34 - Médiation

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](mailto: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.

## 5. Annexe : barème de cotisations

**Pour les adhérents « actifs »** (n'ayant pas liquidé leurs droits à pension), le niveau de cotisations annuelles au titre du présent contrat est exprimé en pourcentage de la « Rémunération Annuelle de Référence » :

	Cotisation (TTC)
Dépendance - actifs	0,04%

**Pour les adhérents retraités »** (ayant liquidé leurs droits à pension), le niveau de cotisations mensuelle au titre du présent contrat est exprimé en pourcentage du dernier Traitement Indiciaire Brut d'activité (mensuel), figurant sur l'arrêté de mise à la retraite (« arrêté de radiation ») :

	Cotisation (TTC)
Dépendance - retraités	0,34%

**Plafonnement de la cotisation pour les retraités :** la cotisation ne peut pas dépasser 12 € par mois.

	Cotisation (TTC)
Plafond (retraités)	12 €

**Tél. : 01 44 10 55 55**  
**[mgas.fr](http://mgas.fr)**

