

SOMMAIRE

PREAMBULE	2
TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES.....	3
TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ ».....	11
TITRE III - LES GARANTIES PREVOYANCE.....	14
TITRE IV – LES COTISATIONS	14
ANNEXE 1 - Obligations d'information précontractuelle - Vente à distance.....	17
ANNEXE 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection	19
ANNEXE 3 - Services Santéclair.....	22
ANNEXE 4 - MGAS Assistance	23
ANNEXE 5 - Assurance scolaire/étudiante	33
ANNEXE 6 – Garanties Prévoyance Obligatoires.....	39
ANNEXE 7 – Document d'information préalable santé et prévoyance	49
ANNEXE 8 – Tableau des garanties Frais de santé.....	54
ANNEXE 9 – Action sociale	56



Notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative établie notamment en application de l'article L221-6 du Code de la Mutualité

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

Le contrat collectif a été conclu entre les soussignés suivants :

- L'association MGAS Protection, association loi 1901, domiciliée au 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15

Ci-après désignée « **l'Association** » ou le « **Souscripteur** »

Et ;

- La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (**MGAS**) mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au SIRENE sous le n°784 301 475 dont le siège social est 96 avenue de Suffren 75730 Paris Cedex 15,

ci-après dénommée, « **l'Apériteur** », la « **MGAS** » ou « **la Mutuelle** »;

- **SHAM**, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles- Société d'Assurance Mutuelle, 18 rue Edouard Rochet - 69 372 LYON Cedex 08, Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 RCS Lyon

ci-après dénommée « **SHAM** »;

- **SHAM VIE**, Société Anonyme au capital de 6 000 000€ 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON - Entreprise régie par le Code des Assurances - SIREN 487 632 861 RCS Lyon

- ci-après dénommée « **SHAM VIE** »,

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

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

PREAMBULE

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

Les Assureurs ont soumissionné dans le cadre de cet appel d'offre de la Direction Générale de l'Aviation Civile et leur proposition de coassurance a été retenue.

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



TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Définitions

Au sein du contrat collectif :

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

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

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

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

- Conjoints, la personne légalement mariée avec le membre participant, ni divorcée, ni séparée de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, concubins conformément à l'article 515-8 du Code civil, partenaires liés par un PACS conformément aux articles 515-1 et suivants du Code civil
- Enfants du Membre participant (agent actif ou retraité) ainsi que de leurs conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS :
 - o Agés de moins de 18 ans ou,
 - o Agés de moins de 28 ans sous condition de poursuite d'études ou,
 - o Agés de moins de 28 ans et en contrat d'alternance ou,
 - o Quel que soit son âge et s'il perçoit une allocation pour personne en situation de Handicap.

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

- pour les garanties Frais de santé et Prévoyance (hors garanties Décès toutes causes) la MGAS et SHAM,
- pour la garantie Décès toutes causes et frais d'obsèques la MGAS et SHAM VIE.

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

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

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

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

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

- L'incapacité,
- L'invalidité,
- La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Le décès toutes causes,
- Les frais d'obsèques.

« **Membre participant** » : désigne la personne physique bénéficiant des prestations du contrat et en ouvrant le droit à des ayants droit,

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

Article 2 - Objet

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

Seul peut adhérer au Contrat collectif à adhésion facultative un membre du personnel actif rémunéré par la Direction Générale de l'Aviation Civile, et ses retraités, sur le territoire Français (métropole, Corse, DROM, COM, Nouvelle Calédonie) et à l'étranger.

Les expatriés peuvent adhérer à une garantie santé spécifique qui fait l'objet d'un contrat séparé. L'adhésion au contrat « expatrié » proposé par la MGAS donne également accès aux garanties prévoyance prévues au présent contrat.

Pour la seule Garantie frais de santé peuvent aussi adhérer au Contrat les veuves, veufs et orphelins des personnes citées au paragraphe ci-dessus.

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

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

- De la Garantie frais de santé pour lui et ses ayants droit,
- Des Garanties prévoyance.

Un retraité ne pourra bénéficier que de la Garantie frais de santé pour lui et ses ayants droit.

Un membre du personnel actif pourra aussi demander à bénéficier de manière facultative à une Garantie dépendance. Pour un retraité, cette demande d'adhésion à la Garantie dépendance devra intervenir obligatoirement dans un délai de 6 mois maximum à compter de son départ à la retraite. Cette garantie fait l'objet d'un autre contrat dont MGAS est le seul assureur.

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

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation :

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

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

L'ensemble des Membres participants couverts par le contrat collectif à adhésion facultative bénéficie alors obligatoirement de ces garanties supplémentaires.

Chaque garantie supplémentaire (assistance, garantie d'assurance scolaire) est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur, reproduites en annexe du présent contrat.



Article 3 - Informations précontractuelles

3-1 Documents

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

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

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

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

Dans le cadre de la distribution du Contrat, les salariés de l'Apériteur chargés de recueillir une adhésion au Contrat collectif perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée le cas échéant par une rémunération variable.

3-2- Adhésion à l'association MGAS Protection

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

3-3- Conflit d'intérêt

L'apériteur a mis en place une politique interne lui permettant de détecter et d'identifier tout conflit d'intérêt tel que défini à l'article 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 4 - Date d'effet et durée du contrat collectif à adhésion facultative

Le contrat collectif prend effet le 1^{er} novembre 2017. Il ne peut être résilié par aucune partie jusqu'à la fin de la convention de référencement conclue entre la DGAC et les coassureurs de 2017 (la durée initiale du marché public court jusqu'au 31.12.2021 et pourra être prorogée trois fois d'un an).

A l'issue de cette période, le contrat se renouvellera annuellement (chaque 1^{er} janvier) par tacite reconduction, sauf résiliation par le souscripteur ou fin de la convention de coassurance.

CHAPITRE 1 - ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

Article 5 - Formalités d'adhésion au contrat collectif facultatif

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

Concernant le Membre participant :

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

Concernant les Ayants droit :

- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité,
- Un relevé d'identité bancaire, à défaut les remboursements pour la Garantie frais de santé seront effectués sur le compte du Membre participant,
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide,
- Pour toute personne en situation de handicap une photocopie de la carte d'invalidité.

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

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

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

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

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



Article 6 - Garanties du Membre participant

6-1 Garantie frais de santé

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

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

- 50% pour la MGAS
- 50% pour SHAM

Conformément à la convention de coassurance :

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

6-2 Garanties prévoyance

Lors de son adhésion, le Membre participant actif rémunéré par la Direction Générale de l'Aviation Civile sur le territoire Français (métropole, Corse, DROM, COM et Nouvelle Calédonie), ayant la qualité soit d'agent de la Fonction publique soit d'agent contractuel de l'Etat, **adhère obligatoirement** aux Garanties prévoyance.

Ces Garanties prévoyance obligatoires sont les suivantes :

- Incapacité,
- Invalidité,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- Décès toutes causes,
- obsèques.

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

- Incapacité : 50% pour la MGAS/ 50% pour SHAM,
- Invalidité : 50% pour la MGAS/ 50% pour SHAM,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : 50% pour la MGAS/ 50% pour SHAM VIE,
- Décès toutes causes : 50% pour la MGAS/ 50% pour SHAM VIE,
- Obsèques : 50% pour la MGAS/ 50% pour SHAM VIE.

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

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

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

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

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

6-4 Action sociale

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

Article 7 - Prise d'effet de l'adhésion

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

La date de prise d'effet de l'adhésion d'un Membre participant au contrat collectif est le 1^{er} jour :

- Du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Apériteur,
- D'un mois postérieur selon le souhait du Membre participant si cela a été demandé sur le bulletin d'adhésion

Cette date d'effet ne peut être rétroactive.

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

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'Article 5, la Garantie frais de Santé et les services associés prennent effet le 1^{er} jour :

- Du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Apériteur,
- D'un mois postérieur si cela a été demandé par le Membre Participant sur le bulletin d'adhésion.

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

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

Lors de l'ajout d'un Ayant droit suite à mariage, concubinage, conclusion d'un PACS, l'ajout prendra effet au 1^{er} jour du mois de l'évènement si la déclaration à l'Apériteur a été faite dans le mois sous réserve des dispositions prévues à l'article 39.

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



7-4 Prise d'effet des Garanties prévoyance

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

Conformément à l'article « Conditions spécifiques d'adhésion aux Garanties prévoyance » de l'annexe « Garanties Prévoyance Obligatoires », l'adhésion aux garanties prévoyance des agents en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique est différée jusqu'à la reprise effective d'activité (le cas échéant, à partir de la date à laquelle le comité médical aura rendu un avis favorable à la reprise, en application des statuts de la fonction publique).

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

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

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

CHAPITRE 2 - RENONCIATION, RESILIATION, DEMISSION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 9 - Faculté de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (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.

Le délai de renonciation expire trente jours à compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat 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.

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

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

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

Le Membre Participant peut également remplir et transmettre le modèle de formulaire de renonciation ou toute autre déclaration dénuée d'ambiguïté sur le site internet de la MGAS. Si le Membre Participant utilise cette option, l'Apériteur lui enverra sans délai un accusé de réception de la renonciation sur un support durable (par exemple, par 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, l'Apériteur rembourse tous les paiements reçus du Membre Participant au plus tard trente jours à compter du jour où l'Apériteur est informé de la décision de renonciation du Membre Participant.

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

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



Article 10 - Résiliation de son adhésion par le Membre participant

10-1 Résiliation à la date d'échéance annuelle

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique à l'Apériteur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet le 1^{er} janvier à zéro heure de l'année suivante.

10-2 Résiliation en cours d'adhésion

Chaque Membre Participant peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion au contrat s'il justifie d'une adhésion dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire (affiliation obligatoire dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif, ou à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par un chef d'entreprise ou par une décision unilatérale de l'employeur) et ce par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du justificatif.

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

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

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

Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Le Souscripteur délègue à l'Apériteur l'ensemble des obligations relevant de l'application des dispositions légales et réglementaires.

Article 12 - Retrait d'un Ayant droit

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

Dans le cas où un Ayant droit peut justifier de son adhésion à un contrat collectif 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 l'Apériteur.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de retrait 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 sur le droit à prestations

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



CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS LEGALES

Article 14 - Fausses déclarations

14-1 Fausse déclaration intentionnelle

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

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

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, les Coassureurs ne sont redevables d'aucune prestation en lien avec ledit sinistre.

14-2 Fausse déclaration non intentionnelle

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

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

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

Article 15 - Subrogation

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

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

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

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

Article 16 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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, notwithstanding 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 (droit des assurances et droit 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 avec accusé de réception, ou par envoi recommandé électronique, adressée par le bénéficiaire ou l'Ayant Droit à l'Apériteur en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par l'Apériteur au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.



Article 17 - Informatique et Libertés

17-1 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.

17-2 Collecte des données

Lors de la collecte de données personnelles la MGAS, en tant que responsable de traitement et conformément à la réglementation 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

17-3 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 réglementation. 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.

17-4 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 réglementaire (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 réglementation, 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).

17-5 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.

17-6 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.

17-7 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.



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

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

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

Article 19 - Réclamations, Médiations

19-1 Réclamations

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à l'Apériteur 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

L'Apériteur s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrés 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.

19-2 Médiation

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

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

Article 20 - Lois et langue applicable

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

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

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

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

Article 21 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément à la réglementation, les Assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située l'ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.



TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

Article 22 - 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 et visés à l'Annexe 7 des garanties frais de santé

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

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

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

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

La Garantie frais de santé est réservée aux Membres participants et à leurs ayants droit demeurant en France métropolitaine, en Corse, dans les DROM, COM et Nouvelle Calédonie.

22-2 Modification de la formule choisie

Le membre participant dispose de la possibilité de changer de niveau de garanties pour lui-même et corrélativement pour l'ensemble de ses ayants droit en cas de changement de situation de famille.

La demande de changement de formule vers une formule inférieure ou supérieure doit être adressée à l'Apériteur, par lettre au plus tard le 31 octobre de chaque année et prend effet à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 1^{er} janvier de l'année de l'année suivante sauf pour les cas suivants :

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

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

Article 23 - Objet des prestations

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

- La part des frais de santé restant à la charge du membre participant après la prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.
- Les frais de santé exclus des remboursements du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie visés à l'Annexe 7 des garanties frais de santé

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit en euros.

Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculés en fonction de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

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

Article 24 - Bénéficiaires des prestations

24-1 Membre Participant

Le Membre Participant bénéficie de la Garantie frais de santé à laquelle il a adhéré. Le Membre Participant peut faire bénéficier de la seule Garantie frais de Santé » ses Ayants droit définis à l'article 1 du Contrat collectif.

24-2 Ayants droit

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

Article 25 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de Santé

Les différentes formules de la Garantie frais de Santé proposées par le Contrat sont solidaires et responsables conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et des textes réglementaires pris pour son application.

25-1 Solidaires

La loi qualifie une garantie frais de santé de solidaire lorsque les Assureurs 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.

25-2 Responsables

Conformément aux 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 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.



Conformément à ces mêmes dispositions du code de la Sécurité sociale, en cas de prise en charge par le Contrat, 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 frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel.

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 les Assureurs:

- **La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecine ou pour tout acte de biologie médicale**
- **La majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie 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 ou l'Ayant droit ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. Les assureurs pratiquent le tiers payant dans les conditions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les remboursements en optique 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 comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture). Cette période de deux ans est fixe et ne pourra ni être réduite ni allongée, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (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 s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement pour le membre participant ou l'Ayant droit concerné.

L'Apériteur communique annuellement aux Membres Participants le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Article 26 - Tableaux des garanties

Les tableaux de la Garantie frais de santé sont reproduits en annexe 7 du Contrat.

Article 27 - Tiers payant

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

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

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

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

Article 28 - Limite des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 (dite loi Evin) et au décret n°90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant et de ses Ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'Article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.



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 29 - Modalités de remboursement des prestations

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

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

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

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

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

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

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

Concernant les soins effectués ou les produits délivrés à l'étranger, les factures des professionnels de santé détaillant les dépenses doivent être fournies dans tous les cas. Une copie de des factures doit être fournie à l'Apériteur lorsque les soins ou les produits bénéficient d'un remboursement du régime obligatoire. L'original des factures doit être fourni dans le cas contraire.

En aucun cas le montant total du remboursement (incluant le remboursement du régime obligatoire, des Coassureurs 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, prothèses dentaires, optique...).

Article 30 - Versement des prestations

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

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

Article 31 - Droits de l'Apériteur au contrôle

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

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

L'Apériteur se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un professionnel de santé, de son choix et dûment habilité, toute personne qui demande à bénéficier d'un remboursement pour des soins, des produits ou des dispositifs médicaux au titre de sa garantie.

A l'issue de ces contrôles et enquêtes, l'Apériteur peut décider de refuser ou de suspendre les prestations garanties au membre participant après envoi d'une LRAR adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre participant.

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

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



Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son expert, et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Les conclusions du tiers expert s'imposent en dernier lieu. En cas de refus de fournir les justificatifs demandés pour une prestation, l'Apériteur pourra refuser le droit au remboursement de cette dernière ou si elle a déjà été réglée elle pourra en exiger le remboursement.

Article 32 - Prestations indûment versées

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

Article 33 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

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

Article 34 - Exclusion de garanties

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

Les soins de toute nature (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de début d'exécution se situent avant la date de prise d'effet de l'adhésion ne peuvent donner lieu à intervention.

Article 35 - 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 antérieurement réunies à cette résiliation.

Article 36 - 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 l'Apériteur peut procéder à la reconstitution des prestations effectuées ou des produits délivrés. Lorsqu'il s'agit d'un accident, l'Apériteur participe à la couverture des risques frais de santé dans les mêmes conditions, dans le respect des dispositions relatives à la subrogation.

TITRE III - LES GARANTIES PREVOYANCE

Article 37 - Dispositions spécifiques concernant les Garanties prévoyance et la Garantie facultative dépendance

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

TITRE IV - LES COTISATIONS

Article 38 - Fixation et modalités de paiement des cotisations

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

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

La cotisation pour la Garantie frais de santé est annuelle, fixée selon l'âge du Membre participant et de ses Ayants droit et son montant est indiqué en annexe du contrat collectif à adhésion facultative.

La cotisation pour les Garanties prévoyance est indiquée à l'annexe du contrat collectif à adhésion facultative.

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

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

Article 39 - Modification de la situation familiale et/ou administrative

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

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

Les modifications prennent alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de survenance de l'événement, sous réserve que la déclaration de cette modification intervienne dans le délai de deux mois suivant la date de survenance de l'événement

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

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



39 - 1 Modification de la situation familiale

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

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

39 - 2 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 40 - Cotisations des Ayants droit pour la Garantie frais de santé

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

La gratuité s'applique au-delà du 2^{ème} enfant de moins de 18 ans inscrit comme Ayant droit mutualiste.

Article 41 - Révision de la cotisation

Les cotisations peuvent être aménagées en cours d'année dans l'éventualité où des modifications substantielles du Régime Obligatoire d'assurance Maladie interviendraient.

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

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

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

Identité de l'apéríteur

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

Identité des coassureurs : cf page 4

Coordonnées de l'autorité chargée du contrôle de l'apéríteur

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Modalités d'adhésion

Toute demande d'adhésion à l'apéríteur doit respecter les conditions et modalités décrites au contrat remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Garanties et exclusions

Les garanties pouvant être accordées par l'apéríteur sont décrites au contrat remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion. Figurent aussi à ce contrat les exclusions de garanties applicables à chaque garantie.

Prise d'effet de l'adhésion

La date de prise d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'apéríteur ou d'un mois postérieur si cela a été demandé par le Membre participant sur le bulletin d'adhésion.

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

Durée de l'adhésion

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

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

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

Conditions de résiliation

La résiliation est donnée par courrier recommandé ou par envoi recommandé électronique au siège de l'apéríteur et prend effet le 1^{er} janvier suivant à condition que la demande soit reçue au siège de l'apéríteur au moins deux mois avant cette date.

Droit de renonciation

Toute personne ayant demandé son adhésion à l'apéríteur 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 contrat (Cf. Article 9) remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Modèle de formulaire de renonciation

L'apéríteur 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.adherents@mgas.fr.

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

Lorsqu'une demande de prestations a été formulée pendant le délai de 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. Elle est payable par le Membre participant à l'apéríteur mensuellement à terme échu par 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 l'apéríteur.

Traitement des réclamations

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à l'apéríteur 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

L'apéríteur s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrés 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 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 l'apéristeur par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- Le Membre participant ou l'Ayant Droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'apéristeur,
- 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 les Coassureurs sont régies par la loi française et spécifiquement par le Code de la mutualité et le Code des Assurances.

Langue applicable

La langue applicable est la langue française.

Jurisdiction compétente

En cas de litige avec les Coassureurs, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige : soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance). Les informations mentionnées à la présente annexe sont valables à la date de rédaction du contrat.

ANNEXE 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection

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

Article 1 - Formation - Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} 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 1^{er} 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).

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.

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

7-1 Membre fondateur

La qualité de membre fondateur se perd :

- Du fait de la démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique 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.

7-2 Membre adhérent

La qualité de membre adhérent se perd :

- Du fait de la démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique 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 - ASSEMBLEE GENERALE

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, PRESIDENT

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 peut aussi présenter sa démission par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique 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'ordonner les dépenses et d'assurer le fonctionnement de l'Association. Il représente l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il convoque le 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 ordonnées 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 - REGLEMENT INTERIEUR

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 3050 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, teintés, ...), soit 40 % moins cher en moyenne que les prix du marché,
- Jusqu'à 15 % de remise sur les montures,
- Jusqu'à 10 % de remise 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 45 centres de chirurgie réfractive partenaires.

Si vous êtes myope, astigmat, 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 de 3 000 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 750 audioprothésistes pour 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 350 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.

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 :

- Géocclair : l'outil de géolocalisation des professionnels de santé Santéclair (opticiens, dentistes, audioprothésistes, diététiciennes et centres de chirurgie réfractive),
- Les conseils sur l'automédication : l'application permet de continuer à s'automédiquer en toute tranquillité (label HON),
- 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).

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 4 - 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,
- D'évènement traumatisant,
- De séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec allitement,
- De mutation professionnelle.

dans les conditions spécifiées à chaque article.

Article 5 - 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-ménagère prévue aux articles 8, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile ou la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8ème jour, la garantie est alors plafonnée à 2 jours.

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 6 - 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 7 - 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 8 - 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 9 - 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 10 - 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 11 - 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 12 - PRÉSENCE D'UN PROCHE

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

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

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

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

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

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

Article 13 - SERVICES DE PROXIMITÉ

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

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

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

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

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

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

Livraison de médicaments

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

Portage de repas

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

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

Portage d'espèces

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

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

Livraison de courses

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

Coiffure à domicile

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

Article 14 - 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 1^{ère} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller - retour.

Article 15 - TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

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 16 - 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 :
 - o La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
 - o La garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
 - o 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 17 - 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 18 - 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 19 - 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 20 - 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 21 - GARDE DES FRÈRES ET SOEURS (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 22 - 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 23 - CONDUITE A 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 24 - 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 25 - 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 26 - 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 27 - 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, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE 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 28 - AIDE A DOMICILE

Les garanties sont acquises :

- En cas de grossesse pathologique avec allègement 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 résolue),
- 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 29 - 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 30 - 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 entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 24 heures de l'adhérent âgé de 75 ans et plus,

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

Les frais d'accès au service comprennent :

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

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

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

Article 31 - AIDE A LA RECHERCHE D'UN EMPLOI D'UN CONJOINT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent. IMA ASSURANCES met en place un accompagnement individualisé dans la recherche d'un nouvel emploi. Cette aide proposée par IMA ASSURANCES comprend notamment la mise en ligne du CV, l'accès à des offres ciblées, le développement d'une démarche d'accompagnement individualisée.

Le suivi sera réalisé sur une période de 90 jours.

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

Article 32 - AIDE AU DEMENAGEMENT

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 33 - AIDE AU DEMENAGEMENT

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 34 - NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTE

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 7 - EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

Article 35 - FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti, entraîne la perte du droit à garantie.

Article 36 - 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 37 - 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, gériatologiques 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 8 - VIE DU CONTRAT

Article 38 - DURÉE des GARANTIES

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

Article 39 - 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. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

Article 40 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

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

Article 41 - 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 MGAS chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de la MGAS chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

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 42 - 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

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ADHÉRENT

Souscripteur du contrat d'assurance santé auprès de l'apôtreur.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens, à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Toute personne domiciliée en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, adhérente à la MGAS, mais également son conjoint, ainsi que leurs enfants ou petits-enfants de moins de 18 ans ou handicapés sans limite d'âge et leurs ascendants fiscalement à leur charge et vivant sous leur toit.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement :
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

FRANCE

Pour l'assistance à domicile :
France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Polynésie française, Saint Pierre et Miquelon, îles Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy, Nouvelle Calédonie).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

MALADIE

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

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

ANNEXE 5 - Assurance scolaire/étudiante

Notice d'information du contrat « Assurance scolaire/étudiante » - T 171 274.001 T - La sauvegarde

Le contrat « assurance scolaire/étudiante » numéro T 171 274.001 T est un contrat collectif souscrit par la MGAS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro de SIREN N° 784 301 475, 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, auprès de La Sauvegarde, société anonyme à directoire et conseil de surveillance. Entreprise régie par le Code des Assurances. Immatriculée au RCS de Paris sous le n°612 007 674. Siège social : 148 rue Anatole France - 92597 Levallois Perret Cedex. . Il est soumis aux dispositions du Code des assurances.

Article 1 - Définitions

Accident : tout événement non intentionnel, soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée et constituant la cause du dommage.

Assuré : les enfants scolarisés ayants droit des membres participants de la Mutuelle MGAS. Ces enfants doivent être âgés de moins de 29 ans et être déclarés comme ayants droit.

Assureur (nous) : La Sauvegarde, société anonyme d'assurances, entreprise régie par le code des Assurances, dont le siège social est situé au 76, rue de Prony 75857 Paris cedex 17 et immatriculée au RCS PARIS sous le numéro B 612 007 674. Dans la présente notice, le pronom personnel « nous » fait référence à l'assureur.

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

Dommage matériel : toute détérioration ou destruction d'une chose ou d'une substance, toute atteinte physique à des animaux.

Dommage immatériel : tout préjudice pécuniaire qui ne se traduit pas par une atteinte physique à un bien ou une personne, mais qui est consécutif ou non consécutif à un dommage matériel ou corporel couvert par le contrat.

Article 2 - Garanties

1. Responsabilité civile

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré (ou de son représentant légal civilement responsable pour les enfants mineurs ou majeurs protégés) peut encourir en raison des dommages corporels, matériels ou immatériels causés aux tiers, à l'occasion des activités suivantes et ce dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **La scolarité**, au sein d'un établissement scolaire ou universitaire situé en France y compris pour les activités organisées par l'établissement hors de ses murs,
- **Le baby-sitting**, lorsqu'il est exercé au domicile des parents de l'enfant gardé et en dehors de toute Association ou organisme spécialisé,
- **Le soutien scolaire** lorsqu'il est exercé de manière occasionnelle au domicile de l'élève et en dehors de toute Association ou organisme spécialisé,
- **Les stages en entreprises**, lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'une formation ou de la recherche d'un

emploi et font l'objet de la signature d'une convention de stage,

- **L'aide bénévole occasionnelle**, lorsque l'assuré l'apporte à un tiers dans le cadre de la vie privée ou d'une tentative de sauvetage.

2. La garantie individuelle accident

Nous garantissons les assurés scolarisés en maternelle, dans le primaire, dans le secondaire et dans le supérieur pour les dommages corporels subis lors d'accidents survenus à l'occasion :

- D'une activité scolaire au sein de l'établissement ou à l'extérieur en cas de sortie organisée par l'établissement,
- Du trajet direct (aller ou retour) du domicile à l'établissement scolaire.

Sont assimilées à un accident et aussi garanties les conséquences corporelles d'une poliomyélite ou d'une méningite cérébro-spinale.

Les événements de type racket, vol avec violence et agression survenus au sein de l'établissement ou sur le trajet sont des accidents pris en charge au titre de cette garantie **sous condition d'un dépôt de plainte auprès des autorités de police**.

Au titre de cette garantie, nous indemnisons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- Le décès de l'assuré,
- L'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'assuré,
- Les frais médicaux engagés par l'assuré, consécutifs à l'événement garanti et restant à charge,
- La garantie de dommages aux biens.

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les dommages matériels résultant pour les biens suivants :

- Vêtements et objets personnels de l'assuré (à l'exception des tablettes, téléphones portables, Smartphones et baladeurs numériques),
- Cartable, fournitures scolaires et manuels scolaires,
- Instruments de musique et matériels de sports,
- Bicyclette lorsque celle-ci est utilisée comme moyen de transport pour se rendre dans l'établissement scolaire dans la limite d'un sinistre par année d'assurance.

3. La défense pénale et recours suite à accident garanti

Nous garantissons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **La défense de l'assuré** (ou de la personne civilement responsable de ce dernier) devant les juridictions répressives en cas de poursuite exercée à la suite d'un événement garanti par le contrat,
- **Le recours amiable ou judiciaire** pour l'indemnisation des dommages matériels, corporels et immatériels qui sont imputables à un tiers et s'ils résultent d'un événement garanti par le contrat.

4. La garantie de frais annexes

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les frais suivants dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **Les frais de cantine scolaire** payés d'avance non remboursés et non consommés,
- **Les frais engagés pour la garde** au domicile de l'assuré de moins de 16 ans,
- Les frais de rattrapage scolaire.

5. La garantie d'accompagnement psychologique

Lorsqu'un assuré est victime d'un traumatisme psychologique provoqué par un événement assuré soit au titre de la responsabilité civile soit au titre de la garantie individuelle accident, nous proposons un accompagnement psychologique qui peut se décliner sous les trois formes suivantes :

- **Accueil psychologique** : Nous mettons à votre disposition par un entretien téléphonique, une équipe de psychologues assistants destinés à vous apporter un soutien moral.
- **Consultation psychologique** : À l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assistant en pressent la nécessité, vous êtes orienté vers l'un de nos psychologues cliniciens, pour une consultation par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes. Nous prenons en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.
- **Suivi psychologique** : À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien, soit au cabinet d'un de nos psychologues cliniciens agréés proche de votre domicile ou, sur votre demande, auprès du psychologue de votre choix. Nous prenons en charge le coût des consultations. Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, nous vous remboursons sur justificatifs, 3 consultations dans la limite de 52 € par consultation.

Article 3 - Territorialité

L'ensemble des garanties s'exerce en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Toutefois pour les stages et les voyages scolaires, les garanties restent acquises dans le monde entier **si le stage ou le voyage n'excède pas 90 jours consécutifs**.

Article 4 - Capitaux, franchise et tarifs

1. Plafonds de garantie

Responsabilité civile

Dommmages corporels.....20 000 000 €
Dommmages matériels et
immatériels.....5 000 000 €

Individuelle accident

Décès.....18 000 €
Dommmages corporels
(AIPP⁽¹⁾).....35 000 €

Le montant de l'indemnité versée au titre des dommages corporels est calculé en multipliant le capital garanti par le taux d'AIPP. Toutefois lorsque le taux d'AIPP est supérieur ou égal à 75 % l'intégralité du capital est versée.

Frais de soins de santé restant à charge..... 3 000 €

Dommmages aux biens

Dommmages matériels.....300 €

Défense pénale et de recours

Plafond par sinistre.....25 000 €
Plusieurs sous-limites par juridiction ⁽²⁾

Frais annexes

Frais de cantine.....500 €
Frais de garde.....5 jours × 120 € / jour
Frais de rattrapage scolaire.....30 jours × 55 € / jour

Accompagnement psychologique

Suivi psychologique.....3 consultations × 52 €/consultation
Dommmages corporels.....20 000 000 €

2. Franchises et seuil d'intervention

Responsabilité civile

Franchise tous dommages.....150 €

Individuelle accident

Seuil d'intervention (AIPP⁽¹⁾).....5 %
Franchise frais de soins de santé.....25 €

Dommmages aux biens

Franchise dommmages 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 instruction ou à une expertise, Juge de la mise en état - Commission de suspension du permis de conduire et autres commissions	450 € par plaidoirie
Cour d'Assises et Cour d'Assises des Mineurs	850 € par journée
- Transaction menée par l'avocat - Audience à suivre - Exécution forcée d'une décision judiciaire	100 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée
- Fourniture de PV et démarches diverses auprès du Parquet ou du Greffe - Appel ou opposition en matière pénale - Consultation orale au profit d'un sociétaire à la demande expresse de la compagnie	120 €
Cour de Cassation/Conseil d'État	2 000 € par affaire

Article 5 - Exclusions

Nous ne garantissons pas les dommages subis ou occasionnés résultant :

- De l'exercice d'une activité professionnelle, d'une fonction élective ou syndicale, d'une fonction de dirigeant d'Association,
- De l'utilisation d'appareils de navigation aérienne soumis à l'obligation d'assurance sauf lors des vols réguliers de compagnies habilitées,
- De la pratique de la navigation de plaisance sur des bateaux, engins nautiques à voile ou à moteur, y compris lors des opérations d'embarquement et de débarquement,
- De la propriété ou de l'utilisation de véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance,
- De la propriété ou de la détention d'un chien,
- De l'usage d'armes à feu ou à air comprimé, d'explosifs,
- D'un acte de chasse,
- De toute activité physique ou sportive exercée dans le cadre d'un club, groupement ou Association lorsque cette activité est soumise à une obligation d'assurance,
- De l'organisation et de la préparation à toutes épreuves, concours, courses ou compétitions nécessitant une autorisation administrative préalable ou 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 :
 - o Le jour, l'heure, les circonstances et le lieu précis du sinistre,
 - o Ses causes connues ou présumées,
 - o La nature et le montant approximatif des dommages,
 - o Les nom, qualité et adresse des personnes lésées, des tiers et des témoins,
 - o Le nom des Assureurs avec lesquels une assurance a été contractée pour le même intérêt, contre le même risque ainsi que les sommes assurées,
 - o 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 ou par envoi recommandé électronique,
- 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.

3. Action mettant en cause la responsabilité assurée par le contrat

Direction du procès

En cas d'action en justice mettant en cause une garantie assurée par ce contrat, l'Assureur intervient de la manière suivante, dans la limite de sa garantie :

- Devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, l'Assureur assume la défense de l'Assuré, dirige le procès et exerce toutes les voies de recours,
- Devant les juridictions pénales, l'Assureur a la faculté, avec l'accord de l'Assuré, de diriger sa défense.

À défaut, l'Assureur peut néanmoins s'y associer et diriger le procès quant aux seuls intérêts civils ; il peut alors exercer toutes les voies de recours, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'Assuré n'est plus susceptible d'être sanctionné pénalement. Dans le cas contraire, il ne peut les exercer qu'avec son accord.

Transaction

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant sans l'accord de l'assureur ne lui est opposable ; n'est cependant pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel ou le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir légal ou moral d'accomplir.

4. Modalités de gestion de la garantie Défense Pénale et Recours suite à accident

La gestion des sinistres est confiée à un service distinct exerçant uniquement le traitement de ces sinistres. En cas d'appel à un avocat ou à une autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour représenter l'assuré ou servir ses intérêts, l'assuré en a le libre choix. Toutefois, s'il le souhaite, et sur demande écrite de sa part, L'Assureur met un avocat à sa disposition. L'assuré doit obligatoirement être assisté ou représenté par un avocat dès que la partie adverse est défendue par l'un d'entre eux. En cas de conflit d'intérêt entre l'Assuré et l'Assureur, l'assuré a le droit de choisir un avocat ou une autre personne qualifiée pour l'assister. Les frais et honoraires de l'avocat sont réglés directement à l'Assuré sur présentation de facture acquittée. Cependant, à la demande de l'Assuré, les honoraires peuvent être réglés à son avocat si ce dernier bénéficie d'une délégation d'honoraires.

Lorsque l'Assuré a engagé des frais (honoraires, frais de procédure...) antérieurement à la déclaration du sinistre, l'Assureur accepte de procéder au règlement de 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.

Article 7 - Dispositions diverses

Subrogation

En vertu de l'article L. 121-12 du code des Assurances, la subrogation permet à l'assureur d'agir à la place de l'assuré dans ses droits et actions contre tous les responsables des dommages dans la limite des indemnités réglées.

Prescription

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ne peut plus être présentée. Toute action dérivant du contrat est prescrite par 2 ans à dater de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où nous en avons eu connaissance,
- En cas de sinistre, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,
- Quand l'action de l'Assuré ou son représentant légal contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans au profit des bénéficiaires, ayants droit de l'Assuré décédé, pour les garanties des Accidents Corporels. La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- Citation en justice, même en référé,
- Actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- Reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après :
- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique :
- 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 contrat.

Réclamation et médiation

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

- À notre Service Sociétaires - La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris Cedex 17,
- Ou à notre Médiateur : Monsieur le Médiateur de La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris cedex 17.

ANNEXE 6 – Garanties Prévoyance Obligatoires

Article 1 - Information importante

L'encadré ci-après a pour objet d'attirer l'attention du Membre Participant sur certaines dispositions essentielles. Il est important que le Membre lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion.

1) Garanties assurées obligatoires

- Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- Garantie Invalidité,
- Garantie Décès toutes causes
- Garantie PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie),
- Garanties Frais d'obsèques.

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

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

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

5) La durée du contrat recommandée en décès dépend notamment de la situation patrimoniale du Membre participant, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le membre est invité à demander conseil auprès de l'Apériteur.

6) Si pour la garantie décès, le Membre participant désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause bénéficiaire mentionnée au 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; il devient alors bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par un avenant signé par l'Apériteur, le Membre et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé du Membre et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet vis-à-vis des Coassureurs que lorsqu'elle est notifiée à l'Apériteur par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

Article 2 - Glossaire

Accident : évènement inattendu et non intentionnel engendrant une atteinte ou lésion corporelle à l'Assuré, (action soudaine d'une cause extérieure). La preuve de la cause accidentelle incombe à l'assuré.

Assuré : le membre participant.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : Etat d'un Assuré en incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant procurer gain ou profit, nécessitant le recours d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette). L'état de santé de l'Assuré doit être consolidé ou stabilisé c'est-à-dire non susceptible de s'améliorer.

Membre ou Membre participant : personne physique qui verse une cotisation et bénéficie des prestations des Assureurs.

Coassureurs : Désigne la MGAS, SHAM, SHAM Vie, qui sont collectivement assureurs du contrat.

Les parts de coassurance sont fixées à l'article 6-2 des conditions générales du Contrat collectif à adhésion facultative

Mutuelle : Désigne la MGAS, Apériteur du Contrat et gestionnaire des cotisations/adhésions.

Rechute : Après un arrêt de travail, tout nouvel arrêt de travail - intervenant après une guérison ou une consolidation apparente - ayant la même cause médicale ou consécutif au même accident.

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

Souscripteur : l'association MGAS Protection, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 96 avenue de Suffren, 75730 PARIS Cedex 15.

Invalidité : L'invalidité permanente est reconnue lorsque le Membre Participant remplit les conditions suivantes :

- pour le Membre participant relevant du statut de la Fonction Publique, percevoir une pension pour invalidité, une allocation d'invalidité temporaire, ou une allocation temporaire d'invalidité, assortie d'un taux d'invalidité au moins égal à 66%, ou en disponibilité pour raison de santé en ayant épuisé ses droits en Incapacité Temporaire Total de Travail tel que défini au chapitre III,

OU

- pour le Membre participant relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,

ET

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle **au sein de la DGAC,**

ET

- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de toute activité professionnelle au sein de la DGAC.

Article 3 - Objet

Les Garanties prévoyance comportent plusieurs niveaux, au choix du Membre participant :

- « Prévoyance Niveau 1 » (pour les seuls personnels ne relevant pas du régime ICNA),
- « Prévoyance Niveau 2 »,
- « Prévoyance Niveau 3 ».

Chaque niveau des Garanties prévoyance comporte cinq garanties indissociables à l'adhésion obligatoires :

- garantie « Incapacité Temporaire Totale de Travail »,
- garantie « Invalidité »,
- garantie « Décès toutes causes »,
- garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie »,
- garantie «Frais d'obsèques».

CHAPITRE 1 - CONDITIONS GENERALES

Article 4 - Personnes assurées

Un Membre participant, membre du personnel actif bénéficiera des Garanties prévoyance à titre obligatoire. Un Membre participant retraité ne peut pas bénéficier des Garanties prévoyance.

Article 5 - Conditions spécifiques d'adhésion aux Garanties prévoyance

Le Membre participant doit être en activité normale de service au moment de la prise d'effet de son adhésion au contrat collectif.

Le Membre participant en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique au moment de la prise d'effet de son adhésion au Contrat sera admis dans les Garanties prévoyance dès lors qu'il aura repris une activité normale de service (le cas échéant, à la date du comité médical donnant un avis favorable à la reprise d'activité).

Il n'y a aucune sélection médicale ou délai de stage pour les personnels souscrivant avec une date d'effet en 2017, 2018 ou 2019.

A compter du 1er janvier 2020, pour les nouvelles adhésions, une cotisation majorée sera appliquée aux agents :

- **ayant plus de 5 ans dans la fonction publique,**
- **ET qui ne peuvent pas remplir la déclaration de bonne santé ci-après.**

La cotisation majorée consistera en un triplement des cotisations décès, frais d'obsèques et invalidité.

Déclaration de bonne santé applicable aux agents ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans la fonction publique, afin de ne pas se voir appliquer de tarif majoré. L'adhérent doit attester qu'il :

- ne présente pas une pathologie cardio-vasculaire, cancéreuse ou tumorale ou une insuffisance respiratoire,
- 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,
- n'a pas fait l'objet d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une hémorragie cérébrale,
- n'est pas atteinte par une maladie des muscles ou une myopathie,
- et plus généralement, qu'il ne bénéficie pas d'une exonération du ticket modérateur pour affection longue durée (100%).

Article 6 - Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion aux présentes « Garanties prévoyance » prend effet concomitamment à la date à laquelle le membre participant a adhéré au contrat collectif à adhésion facultative «DGAC», sous réserve du respect des modalités décrites dans l'article précédent.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion aux Garanties prévoyance sont couverts au titre des Garanties prévoyance.

Article 7 - Base de garantie et de cotisation - "Rémunération Annuelle de référence"

Les cotisations et bases de garantie sont exprimées en pourcentage d'une « Rémunération Annuelle de Référence » (RAR). Elle est constituée de la somme du Traitement Indiciaire Brut, de la Nouvelle Bonification Indiciaire et des primes récurrentes liées au poste occupé.

La Rémunération Mensuelle de Référence correspond à la RAR divisée par 12.

Ces primes sont notamment, sans que cela ne soit exhaustif :

- les primes mensuelles définies par le Régime Indemnitaires des personnels techniques de la DGAC (dit RIST)
- l'Indemnité de Fonction et de Résultat (IFR) ou l'Indemnité de Risque Aérien (IRA)
- les indemnités compensatrices, compléments de rémunération (ou assimilés)
- les primes mensuelles définies par le Régime Indemnitaires tenant compte des Fonctions, des Sujétions, de l'Expertise et de l'Engagement Professionnel dans la fonction publique de l'Etat (RIFSEEP), c'est-à-dire l'IFSE (Indemnité de Fonctions, de Sujétions et d'Expertise) et l'IST (Indemnité Spécifique de Technicité)
- les primes de rendement (pour les Ouvriers d'Etat, Ouvriers des Parcs et Ateliers, les contractuels)
- les primes de technicité (pour les Ouvriers d'Etat, Ouvriers des Parcs et Ateliers)
- les primes de contraintes de service (PCS),
- les majorations de traitement (personnels basés dans les DROM, COM et Nouvelle Calédonie)

Les éléments constitutifs de la RAR figurent au certificat de garantie émis annuellement, sur la base des informations portées à la connaissance de l'adhésif au 30 septembre de l'année précédente. Ils sont valables pour toute l'année civile.

La modification de la RAR est possible en cours d'année dans les cas suivants, sous réserve d'une déclaration dans les 3 mois suivant le changement de situation et que l'adhésif soit en activité normale de service :

- titularisation,
- mutation,
- obtention d'une mention d'unité,
- changement de grade
- changement de corps
- changement de la quotité de travail.

La modification de la RAR prend effet au 1^{er} du mois qui suit la demande.

Les primes exceptionnelles et/ou aléatoires, ne sont pas couvertes au titre de la présente garantie. Cela comprend notamment, sans que cela ne soit exhaustif :

- la Prime d'Intéressement à la Performance Collective (PIPC)
- le Complément Individuel Annuel (CIA)
- les astreintes, heures supplémentaires et heures de nuit
- les indemnités exceptionnelles
- les indemnités de congés payés

L'indemnité de résidence (IR) et l'indemnité de Supplément Familial (ISF) ne sont pas garanties par le contrat car elles font l'objet d'un maintien à 100% par l'administration.

La « Rémunération Annuelle de Référence » est arrondie à la centaine d'euros supérieure. Elle est déterminée annuellement lors du renouvellement et vaut pour toute l'année civile. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de la nouvelle année d'assurance. Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation du Membre participant (activité, âge, 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 au Contrat, excepté la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle déterminée au 30 septembre de l'année qui précède l'adhésion.

Le taux de cotisation est annuel et peut être révisé par les coassureurs en fonction notamment des résultats du contrat. Les cotisations peuvent aussi être aménagées en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Article 8 - Risques exclus

En ce qui concerne l'ensemble des Garanties Prévoyance, sont exclues et ne donnent lieu à aucun paiement les conséquences :

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le Membre participant y prend une part active dans un cadre extra-professionnel,
- déplacement ou séjour dans une région formellement déconseillé par le ministère des affaires étrangères, Pour l'assuré déjà présent dans cette zone, au moment de l'inscription du pays dans la zone, l'exclusion s'applique au terme d'un délai de quatorze jours,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par le Membre participant (à l'exception du seul risque décès où les dispositions applicables figurent au dernier paragraphe du présent article),
- de mutilations volontaires, du refus de se soigner au sens du code de la sécurité sociale en cas de blessures ou maladies,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- de la participation à des paris, défis, tentatives de records sauf lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre d'une course ou compétition sportives qui nécessitent au préalable une autorisation administrative ou sont soumises à une obligation d'assurance légale,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- de vols sur ailes volantes, planeur, ULM, parapente, sauts à l'élastique ou en parachute, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié titulaire des brevets et autorisations nécessaires à un tel encadrement,
- de 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, (dépassement des doses quotidiennes mentionnées sur la notice),
- d'Accidents dont est victime le Membre participant alors qu'il se trouve avec un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par la réglementation au jour de l'accident, lorsque sa responsabilité est engagée.

En ce qui concerne les garanties « Décès toutes causes », et « Frais d'obsèques » outre les exclusions citées ci-dessus, sont également exclus les cas suivants :

- le suicide ou le fait intentionnel du Membre participant pendant la première année suivant l'adhésion au Contrat,
- le meurtre commis par un bénéficiaire du capital décès ou Frais d'obsèques 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 9 - Modification, suspension, terme, maintien de la garantie

9-1. Changement de niveau

Le Membre participant a le choix entre :

- « Prévoyance Niveau 1 » (pour les seuls personnels ne relevant pas du régime ICNA)
- « Prévoyance Niveau 2 »,
- « Prévoyance Niveau 3 ».

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 1^{er} janvier de l'année n+1.

Lorsque le Membre participant opte pour un niveau de garanties inférieur, la modification s'effectue sans Délai de Stage et prend effet le 1^{er} janvier de l'année n+1.

Aucune demande de changement de niveau de garanties ne peut être effectuée lorsque le Membre participant est en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique.

9-2. Suspension des garanties

Les Membres participants qui se trouvent dans une des situations suivantes peuvent demander à ne plus bénéficier des garanties Décès-PTIA (étant précisé que les garanties Incapacité Totale de Travail et invalidité sont suspendues de plein droit à la date de cessation d'activité professionnelle) : congé parental, congé sabbatique, présence parentale, ou mise en disponibilité du Membre participant autre que pour raison médicale.

Lorsque la demande de suspension a été faite par le Membre participant, toutes les Garanties prévoyance prévues au Contrat sont suspendues de plein droit à la date de la cessation de l'activité professionnelle ; la suspension s'achève à la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'Apériteur en soit informé par le Membre participant dans le délai de trois mois suivant cette reprise.

Le Membre participant doit notifier les modifications qui surviennent dans sa situation dans un délai de trois mois à

compter de l'évènement par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par envoi recommandé électronique, adressée à l'Apériteur accompagné de la copie de l'arrêté administratif ou de tout autre document administratif. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due par le Membre participant dont les Garanties prévoyance ont été suspendues et l'Apériteur ne peut verser aucune prestation au titre des Garanties prévoyance du Contrat.

9-3. Terme des garanties

Les Garanties prévoyance prennent fin lorsque le Membre participant perd la qualité de Membre participant pour cause de radiation, résiliation ou exclusion du Contrat. Toutefois, l'Apériteur peut accepter, à la demande du Membre participant intéressé, le maintien de couverture dans les conditions définies ci-après dans le point 9-4 intitulé « Maintien de la garantie ».

La perte de qualité d'organisme référencé par un ou plusieurs Coassureurs ne met pas fin au contrat.

Dans tous les cas, le terme des Garanties prévoyance entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les Membres participants assurés, à l'exception des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution du Contrat au titre d'un événement garanti par les Garanties prévoyance, qui s'est réalisé avant le terme du Contrat, qui continuent à être prises en charge par les co-assureurs, dans les limites contractuelles.

9-4. Maintien de la garantie

La résiliation du Contrat collectif quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les Membres participants affiliés audit contrat. Toutefois, l'Apériteur peut accepter d'accorder une garantie individuelle, aux conditions statutaires et réglementaires en vigueur, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical ou de délai de stage, sous réserve que les Membres participants intéressés en fassent la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat. Ils seront alors soumis au contrat qui détermine les droits et obligations des membres participants ayant adhéré à titre individuel.

Article 10 - Contrôle médical - Procédure de conciliation

L'Apériteur a le droit de soumettre à visite médicale tout Membre participant qui formule une demande de prestations ou bénéficie de prestations au titre de Garanties prévoyance.

Si le Membre participant refuse de se soumettre à un contrôle médical ou ne s'y présente pas dans un délai d'un mois après la demande de l'Apériteur, la garantie est suspendue à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée à ce Membre Participant par l'Apériteur.

L'Apériteur fait examiner, par un médecin désigné par lui, le Membre participant qui demande à bénéficier de prestations ou qui bénéficie de prestations. Il informe le Membre participant de sa décision motivée.

Tout refus de prise en charge suite à un contrôle médical peut faire l'objet à la demande du Membre participant, d'une procédure de conciliation dans les douze mois qui suivent ce contrôle.

La demande formulée par écrit, doit indiquer que le Membre participant sollicite la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin qu'il désignera pour le représenter. Ce certificat doit détailler son état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Apériteur et indiquer son évolution depuis cette date. La demande doit en outre mentionner que le Membre participant accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Le médecin que le Membre participant aura désigné et le Médecin Conseil de l'Apériteur rechercheront une position commune relative à son état de santé. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, l'Apériteur invite alors son Médecin Conseil et le médecin du Membre participant 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, le Membre participant 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, le Membre participant conservera, ainsi que l'Apériteur et les Coassureurs, la faculté d'exercer une action en justice.

CHAPITRE 2 - GARANTIE « INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL »

Article 11 - Définition de la garantie

Cette garantie a pour objet de garantir, aux Membres participants en activité le versement d'indemnités journalières en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail, en cours de validité de l'adhésion au contrat collectif.

La garantie au titre d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail est due si le Membre participant en activité, âgé de moins de 59 ans (régime ICNA) ou 67 ans (autres personnel(s)) 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, :

- se trouve dans l'obligation reconnue par l'Apériteur de cesser toute activité professionnelle au sein de la DGAC,
- ET perçoit, à ce titre, des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou des indemnités en espèces du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale (ou d'un autre régime social obligatoire)

L'Apériteur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque.

Une cessation d'activité professionnelle ayant débuté avant l'adhésion du Membre au Contrat n'est pas indemnisée par les Coassureurs. Les arrêts et/ou rechutes intervenant postérieurement à l'adhésion sont tous pris en charge.

Article 12 - Point de départ de la prestation

La prestation est servie en complément des indemnités versées par l'employeur, en application du statut de la fonction publique, pour assurer le maintien d'une quote-part de la Rémunération Annuelle de Référence, en fonction du niveau de garantie choisi par l'assuré, tel que défini à l'Article 13.

Aucune prestation ne peut être versée pendant une journée de carence pour maladie.

Article 13 - Montant de la garantie

L'indemnité journalière est calculée en 30ème de mois, tous les mois étant réputés compter 30 jours. Les indemnités journalières sont payables mensuellement et à terme échu après réception des pièces justificatives définies contractuellement.

Pour la «Prévoyance Niveau 1» : le montant de l'indemnité journalière versée par les Coassureurs complète les prestations versées par l'employeur et toute autre indemnité à hauteur de 75 % de 1/360ème de la Rémunération Annuelle de Référence.

Pour la «Prévoyance Niveau 2» et «Prévoyance Niveau 3» : le montant de l'indemnité journalière versée par les Coassureurs complète les prestations versées par l'employeur et toute autre indemnité à hauteur de 83 % de 1/360ème de la Rémunération Annuelle de Référence.

Limite des prestations : les prestations versées au titre de ce contrat, auxquelles s'ajoutent les prestations de même nature versées par l'Administration, la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme, ne peuvent conduire 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.

Quel que soit le niveau de garantie, ne sont prises en compte et indemnisées que les primes récurrentes liées au poste occupé, conformément à la définition de la Rémunération Annuelle de Référence. Sont exclues de la prise en charge par les Coassureurs les primes exceptionnelles et/ou aléatoires (notamment les primes liées à la productivité, aux résultats).

La Rémunération Annuelle de Référence prise en compte par les Coassureurs au titre de la présente garantie correspond à celle qui figure au certificat annuel de garantie en vigueur pendant la période indemnisée.

En cas de besoin, les prestations versées par l'employeur peuvent être recalculées en fonction de la dernière rémunération connue en activité, de la quotité de traitement maintenu par l'employeur et d'un taux de charges sociales moyen indiqué sur le certificat annuel de garantie.

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le Membre Participant est placé en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par les Coassureurs doivent leur être remboursées intégralement par le Membre participant.

Article 14 - Terme du versement

L'indemnisation cesse :

- dès la reprise d'activité du Membre participant (en cas de temps partiel thérapeutique, la garantie continue de s'appliquer),
- dès la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ou par un autre régime obligatoire,
- à la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- à la liquidation de la pension de retraite, et au plus tard à 67 ans (59 ans pour les personnels ICNA),
- en cas de décès du membre participant,
- 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 15 - 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 (59 pour les ICNA).

Article 16 - Obligations en cas de sinistre

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

- les avis du Comité médical ou de la Commission de réforme ou les arrêtés administratifs depuis le passage à mi-traitement, mentionnant la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office),
- le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- une attestation sur l'honneur du Membre participant au Contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de son incapacité et le cas échéant les décomptes associés (des prestations en espèces perçues au titre de l'incapacité de travail émanant de l'employeur ou de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de Prévoyance),
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Apériteur ; notamment lorsque l'arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers responsable, l'identité de ce tiers et les coordonnées de son assureur.

En outre en cas de rechute :

- un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies. En cas de non-respect de ce délai de 6 mois, l'Apériteur pourra réclamer au Membre participant une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard lui a causé.

L'Apériteur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'assuré au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 10 ci-dessus.

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

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

Article 17 - Obligations en cas de reprise d'activité

L'assuré doit notifier à l'Apériteur la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation au titre du contrat.

Article 18 - Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat collectif le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu au point «Terme du versement» (article 15 ci-dessus).

CHAPITRE 3 - GARANTIE « DECES TOUTES CAUSES »

Article 19 - Définition

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès du Membre participant survenant avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré. **En tout état de cause, la garantie décès cesse, même si l'assuré est encore en activité, à son 67ème anniversaire (59ème pour les personnels ICNA).**

Article 20 - Montant de la garantie

Pour le Niveau de garantie «Prévoyance Niveau 1», le montant du capital garanti est égal à 70 % de la rémunération de référence mentionnée au dernier certificat de garantie.

Pour le niveau de garanties «Prévoyance Niveau 2», le montant du capital garanti est égal à 100 % de la rémunération de référence mentionnée au dernier certificat de garantie.

Pour le niveau de garanties «Prévoyance Niveau 3», le montant du capital garanti est égal à 170 % de la rémunération de référence mentionnée au dernier certificat de garantie.

Article 21 - Bénéficiaire(s) de la Garantie

Les bénéficiaires sauf stipulation contraire sont :

«Mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé, à défaut, mon concubin ou mon partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), à défaut, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut, mes ascendants, par parts égales entre eux, à défaut, mes 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 bénéficiaires 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/les bénéficiaire(s) désigné(s). La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment selon les dispositions légales; il devient alors bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par un avenant signé par l'Apériteur, le Membre participant et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire.

Elle n'a alors d'effet à l'égard des Coassureurs que lorsqu'elle leur a été notifiée par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

Article 22 - Conditions spécifiques de cessation de garantie

Outre les conditions de cessation définies précédemment l'assurance cesse de produire ses effets :

- Au dernier jour du mois d'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré,
- et en tout état de cause, même si l'assuré est encore en activité, le dernier jour du mois du 67ème anniversaire de l'assuré (59ème pour les personnels ICNA).

Dans le cas où le Membre participant est mis à la retraite avant l'âge minimum légal, il peut demander expressément le maintien de sa garantie jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite. Cette demande doit être effectuée dans un délai de 3 mois suivant sa date de mise à la retraite effective.

Article 23 - Obligations en cas de sinistre

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

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès,
- une attestation médicale précisant la cause du décès,
- une copie de pièce d'identité ou de passeport justifiant l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires,
- un Relevé d'Identité Bancaire de chaque bénéficiaire,
- toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par l'Apériteur.

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

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

CHAPITRE 4 - GARANTIE « PTIA »

Article 24 - Définition

Cette garantie a pour objet de garantir, aux Membres participants assurés le versement d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenant avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré. **En tout état de cause, la garantie PTIA cesse, même si l'assuré est encore en activité, à son 67ème anniversaire (59ème pour les personnels ICNA).**

Est considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) un assuré en incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant procurer gain ou profit, nécessitant le recours d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette). L'état de santé de l'assuré doit être consolidé ou stabilisé c'est-à-dire non susceptible de s'améliorer.

Article 25 - Montant de la garantie

Pour le niveau de garantie «Prévoyance Niveau 1», le montant du capital garanti est égal à 70 % de la rémunération de référence mentionnée au dernier certificat de garantie.

Pour le niveau de garantie «Prévoyance Niveau 2», le montant du capital garanti est égal à 100 % de la rémunération de référence mentionnée au dernier certificat de garantie.

Pour le niveau de garantie «Prévoyance Niveau 3», le montant du capital garanti est égal à 170 % de la rémunération de référence mentionnée au dernier certificat de garantie.

Article 26 - Bénéficiaire(s) de la Garantie

Le membre participant lui-même.

Article 27 - Conditions spécifiques de cessation de garantie

Outre les conditions de cessation définies précédemment l'assurance cesse de produire ses effets :

- **Au dernier jour du mois d'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré,**
- **et en tout état de cause, même si l'assuré est encore en activité, le dernier jour du mois du 67ème anniversaire de l'assuré (59ème pour les personnels ICNA).**

Article 28 - Obligations en cas de sinistre

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

- un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que l'assuré est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une autre personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de reconnaissance de la PTIA. Ce certificat, adressé au médecin conseil de l'Apériteur, décrit la cause, la nature de l'invalidité, la date de consolidation de l'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,
- toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par l'Apériteur.

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

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

CHAPITRE 5 - GARANTIE INVALIDITE

Le niveau de garantie « Prévoyance Niveau 1 » n'est pas concernée par cette garantie. Le Membre ayant souscrit cette option n'est pas couvert en cas d'invalidité et ne peut donc se prévaloir d'aucune prestation en cas d'invalidité.

Article 29 - 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 permanente est reconnue lorsque le Membre participant remplit les conditions suivantes :

- pour le Membre participant relevant du statut de la Fonction Publique, percevoir une pension pour invalidité, une allocation d'invalidité temporaire, ou une allocation temporaire d'invalidité, assortie d'un taux d'invalidité au moins égal à 66%, ou en disponibilité pour raison de santé en ayant épuisé ses droits en Incapacité Temporaire Total de Travail tel que défini au chapitre III,

OU

- pour le Membre participant relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité de 2ème ou 3ème catégorie,

ET

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle **au sein de la DGAC,**

ET

- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de toute activité professionnelle au sein de la DGAC.

L'Apériteur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque.

L'Invalidité survenue antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion au Contrat n'est pas prise en charge par les Coassureurs.

Article 30 - 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 31 - 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.

Pour les niveaux de garanties « Prévoyance Niveau 2 » et « Prévoyance Niveau 3 » : le montant de la rente journalière versée par les Coassureurs augmenté des prestations versées par l'employeur, la CNRACL, la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme liquidateur auquel le Membre participant est affilié ne peut excéder 83 % de 1/360ème de la Rémunération Annuelle de Référence.

La Rémunération Annuelle de Référence prise en compte par les Coassureurs au titre de la présente garantie correspond à celle en vigueur à la date de survenance du sinistre et est revalorisé dans les conditions définies infra.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par les Coassureurs au titre de la perte de traitement consécutive une incapacité de travail, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

Limite des prestations : les prestations versées au titre de ce contrat, auxquelles s'ajoutent les prestations de même nature versées par l'Administration, une caisse de retraite, la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme, ne peuvent conduire l'adhérent à recevoir une somme supérieure à la rémunération nette (primes comprises) qu'il aurait perçue en activité normale de service, pendant la période concernée.

Article 32 - 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 33 - Terme du versement

L'indemnisation cesse :

- **à la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,**

OU

- **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 (59 ans pour les personnels ICNA).**

Article 34 - 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 (59ème anniversaire pour les personnels ICNA).**

Article 35 - Maintien des prestations

En cas de résiliation du Contrat collectif, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu au point «Terme du versement», article 33 ci-dessus.

Article 36 - Obligation en cas de sinistre

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

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- un certificat médical d'invalidité définitive à toute activité rémunérée,
- le dernier bulletin de salaire à plein traitement
- une attestation sur l'honneur du Membre participant au Contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de son invalidité, de la part d'autres organismes de Prévoyance

Pour les agents relevant de la Fonction Publique :

- un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité mentionnant le taux d'invalidité égal au moins à 60 %,
- 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 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 – Service Prévoyance
96 avenue de Suffren
75730 Paris Cedex 15

La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies. En cas de non-respect de ce délai de 6 mois, l'Apériteur pourra réclamer au Membre participant une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard a causé aux Coassureurs.

L'Apériteur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Assuré au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'article 10 ci-dessus.

Article 37 - Obligations en cas de changement de situation

L'Assuré doit notifier à l'Apériteur la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'invalidité en cours d'indemnisation au titre du contrat.

CHAPITRE 6 - GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Article 38 - Définition

La garantie Frais d'obsèques est une garantie temporaire décès assurée par les Coassureurs.

Article 39 - Objet de la garantie

L'Allocation Frais d'obsèques a pour objet le versement, en cas de décès du Membre participant, d'une allocation forfaitaire en vue de participer au financement des frais d'obsèques.

Article 40 - Conditions d'octroi

L'Allocation Frais d'obsèques est versée à l'occasion du décès du membre participant, décès survenu pendant la durée d'adhésion du Membre participant au Contrat collectif à adhésion facultative.

Article 41 - Bénéficiaire de la garantie

Le bénéficiaire de la garantie est la personne physique ou morale qui a engagé les frais liés aux Frais d'obsèques de l'assuré ou l'organisme de pompes funèbres mandaté pour l'organisation des funérailles de celui-ci dans la limite des frais engagés.

Si les frais d'obsèques de l'assuré ont été engagés par plusieurs personnes, l'allocation Frais d'obsèques sera versée à l'ensemble des débiteurs au prorata des sommes avancées.

Article 42 - Montant de l'Allocation

Pour les niveaux de garanties « Prévoyance Niveau 1 » et « Prévoyance Niveau 2 » : le montant de l'allocation Frais d'obsèques est de 50% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au moment du décès.

Pour la « Prévoyance Niveau 3 » : le montant de l'allocation est de 100% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au moment du décès.

Le montant versé au titre de l'allocation Frais d'obsèques ne peut jamais excéder ce montant et est de plus toujours limité au montant des frais engagés pour les Frais d'obsèques de l'Assuré (les justificatifs devant être fournis aux Coassureurs).

Article 43 - Formalités

La demande de versement de l'Allocation Frais d'obsèques devra être faite par écrit et envoyée à l'Apériteur, accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- une copie du certificat de décès de l'assuré,
- une copie de la ou des facture(s) acquittée(s) au titre des Frais d'obsèques,
- un Relevé d'Identité Bancaire de la personne bénéficiaire de l'Allocation,
- une copie de la pièce d'identité de la personne bénéficiaire de l'Allocation

Article 44 - Règlement des prestations

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, l'Apériteur règle les sommes dues dans un délai maximum de un mois.

CHAPITRE 7 - SYNTHÈSE 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.

Non ICNA	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Rente Incapacité temporaire totale de travail	75% de la RAR	83% de la RAR	83% de la RAR
Rente Invalidité permanente	-	83% de la RAR	83% de la RAR
Capital Décès toutes causes	70% de la RAR	100% de la RAR	170% de la RAR
Capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	70% de la RAR	100% de la RAR	170% de la RAR
Allocation Frais d'obsèques	50% du PMSS	50% du PMSS	100% du PMSS

ICNA		Niveau 2	Niveau 3
Rente Incapacité temporaire totale de travail		83% de la RAR	83% de la RAR
Rente Invalidité permanente		83% de la RAR	83% de la RAR
Capital Décès toutes causes		100% de la RAR	170% de la RAR
Capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)		100% de la RAR	170% de la RAR
Allocation Frais d'obsèques		50% du PMSS	100% du PMSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3 269€ en 2017)
RAR : Rémunération Annuelle de Référence, définie à l'article 7 de la présente annexe.

ANNEXE 7 – Document d'information préalable santé et prévoyance

ASSURANCE SANTE

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

Document d'information sur le produit d'assurance

Les compagnies en coassurance :

MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475. Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15 ;

SHAM- Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles- Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes- Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances-SIREN 779 860 881-RCS Lyon 18 rue Edouard Rochet- 69372 Cedex 08

PRODUIT : FONCTION PUBLIQUE D'ETAT – DGAC - CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTIVE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il?

Ce contrat d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables".



Qu'est-ce qui est assuré?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge et à celle des éventuels bénéficiaires.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjours, forfait journalier, franchise pour les actes lourds, chambre particulière, frais d'accompagnant, frais de transport, frais de cure thermale.
- ✓ **Soins courants**: Consultations, visites, actes techniques et d'imagerie, auxiliaires médicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire.
- ✓ **Optique** Monture, verres, lentilles remboursées par le régime obligatoire, lentilles non remboursées par le régime obligatoire, chirurgie réfractive.
- ✓ **Dentaire**: Soins, inlay, onlay, prothèses remboursées par le régime obligatoire, implantologie, parodontologie, orthodontie remboursée ou non par le régime obligatoire.
- ✓ **Pharmacie**: médicaments remboursés par le régime obligatoire, vaccins contre la grippe, vaccins et pharmacie non remboursés par le régime obligatoire, substituts nicotiques.
- ✓ **Appareillage**: prothèses auditives, grand appareillage, petit appareillage, pansement, accessoire, orthopédie, orthèse.
- ✓ **Médecine douce**: ostéopathie, chiropractie, étiopathie.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)

Dentaire: orthodontie non remboursée par le régime obligatoire.

Médecine douce : diététicien, psychologue.

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ 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 d'assurance maladie et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer à la **Notice d'information**



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! 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).
- ! La chambre particulière en établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Prise en charge des frais d'accompagnant limitée 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 mineur ou en cas d'évolution de la vue.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer à la **Notice d'information**



Où suis-je couvert(e)?

- ✓ Remboursement des soins : en France Métropolitaine, DROM, COM (Département d'Outre-Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie 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.
- ✓ RC 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, en principauté d'Andorre et en principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations?

Sous peine de suspension des garanties

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,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
 - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par le Membre participant, 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 au bulletin 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 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 postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.

ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance



Les compagnies en coassurance :

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

SIREN 784 301 475. Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15 ;

SHAM- Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles- Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes- Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances-SIREN 779 860 881-RCS Lyon 18 rue Edouard Rochet- 69372 Cedex 08

SHAM Vie- Société Anonyme au capital de 6 000 000€ - 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON - Entreprise régie par le Code des Assurances - SIREN 487 632 861 RCS Lyon

PRODUIT : FONCTION PUBLIQUE D'ETAT – DGAC - CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il?

Ce contrat d'assurance Prévoyance permet au Membre participant de bénéficier des prestations complémentaires à celles servies par le régime obligatoire d'assurance maladie en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente, de décès ou de PTIA



Qu'est-ce qui est assuré?

Le Membre Participant a le choix entre différents niveaux de garanties. Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction des rémunérations et indemnités du Membre Participant.

Garanties systématiquement prévues :

Les garanties ci-dessous ne peuvent être souscrites indépendamment les unes des autres

✓ **En cas de Décès toutes causes ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :** versement aux bénéficiaires d'un capital dont le montant est 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.

✓ **Garantie frais d'obsèques :** versement au bénéficiaire désigné lors de l'adhésion d'un capital servant à financer les frais d'obsèques de l'adhérent.

Garanties optionnelles

En cas d'invalidité permanente : versement d'une rente mensuelle dont le montant est choisi à l'adhésion.

En cas de dépendance : versement d'une rente mensuelle en cas de dépendance totale.

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

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 soumises à une obligation d'assurance légale,

! de la pratique d'un sport à titre professionnel,

! de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,

! de vols sur ailes volantes, planeur, ULM, parapente, sauts à l'élastique ou en parachute, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié titulaire des brevets et autorisations nécessaires à un tel encadrement,

! de courses motocyclistes et automobiles,

! d'activité sportive pratiquée sans respecter les règles de sécurité recommandées par la fédération du sport correspondant à l'activité,

! d'usage de stupéfiants, drogues non autorisées, produits toxiques,

! d'ingestion de médicaments non prescrits par un médecin ou absorbés abusivement,

! d'Accidents dont est victime le Membre participant alors qu'il se trouve avec un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par la réglementation au jour de l'accident, lorsque sa responsabilité est engagée.

En ce qui concerne la garantie « Décès », outre les exclusions citées ci-dessus, sont également exclus:

! Le suicide ou le fait intentionnel pendant la première année suivant l'adhésion au présent contrat,

! Le meurtre commis par un bénéficiaire du capital décès sur la personne de l'Assuré, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné, auquel cas aucune somme n'est due à ce bénéficiaire

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail :

! 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?

Sous peine de suspension des garanties

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 événements suivants :
 - Mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice,
 - congé parental, congé de formation professionnelle, disponibilité pour tous motifs, invalidité, retraite,
 - suspension, révocation, radiation des cadres.



Quand et comment effectuer les paiements?

Conformément aux dispositions de la Notice, la cotisation est fixée annuellement mais les cotisations sont payables mensuellement à la date indiquée dans le contrat.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est 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 postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.


ANNEXE 8 – Tableau des garanties Frais de santé


Guide de lecture

Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie en incluant la part du 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 contrat. Les remboursements sont solidaires et responsables ; ils répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de planchers et plafonds (Articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale).

 SOINS COURANTS	RO ¹	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Consultations, visites de médecins généralistes ²	70 %	100 %	150 %	220 %
Consultations, visites de médecins spécialistes ²	70 %	120 %	170 %	220 %
Actes techniques médicaux et d'imagerie ²	70 %	120 %	160 %	220 %
Honoraires des auxiliaires médicaux	60 %	100 %	130 %	150 %
Analyses et examens de laboratoires	60%/70%	100 %	150 %	200 %

 PHARMACIE	RO ¹	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
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 %
Vaccins contre la grippe	65%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits, non remboursés par le Régime Obligatoire (par année civile)	-	40 €	70 €	100 €
Pharmacie non remboursée (par année civile)	-	40 €	70 €	100 €

 HOSPITALISATION ³	RO ¹	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires médicaux et chirurgicaux ²	80 %	140 %	180 %	220 %
Forfait journalier ⁴	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (sans limitation de durée)	80 %	100 %	100 %	100 %
Franchise de 18 € pour les actes lourds	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière long séjour (par jour) ^{4,5}	-	40 €	50 €	70 €
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)	-	20 €	30 €	40 €
Frais d'accompagnant ⁶ (par jour)	-	15 €	30 €	45 €
Frais de transport	80 %	100 %	100 %	100 %
Prestation de séjour hospitalier (par jour)	-	10 €	10 €	10 €

 MÉDECINE DOUCE - PRÉVENTION	RO ¹	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étiopathie ⁷ (par séance, les limitations s'entendent «Toute spécialité confondue»)	-	20 € 3 séances par an	40 € 4 séances par an	40 € 5 séances par an
Diététicien (par séance, limité à 3 séances par an)	-	-	20 €	20 €
Psychologue (par séance, forfait par année civile)	-	-	15 € 15 séances par an	20 € 20 séances par an
Sevrage tabagique (forfait par année civile)	150 €	150 €	175 €	200 €
Actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable)	60 / 70%	100 %	100 %	100 %

DENTAIRE ⁸

	RO ¹	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins				
Soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %
Inlay, Onlay	70 %	150 %	250 %	350 %
Soins prothétiques et traitements				
Prothèse dentaire	70 %	200 %	300 %	400 %
Implantologie (<i>hors prothèse sur implant</i>) ⁹	-	200 €	400 €	600 €
Parodontologie non prise en charge par le RO ¹⁰	-	50 €	100 €	150 €
Orthodontie prise en charge par le RO	70%/100 %	200 %	300 %	400 %
Traitement d'orthodontie non pris en charge par le RO ¹¹	-	-	300 €	400 €

OPTIQUE ¹²

	RO ¹	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
		ADULTE ET ENFANT		ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT
Monture	60 %	RO + 70 €		RO + 100 €	RO + 80 €	RO + 150 €	RO + 100 €
Verre unifocal	60 %	Verre simple		RO + 70 €	RO + 50 €	RO + 150 €	RO + 80 €
		Verre complexe ou très complexe		RO + 90 €	RO + 70 €	RO + 160 €	RO + 100 €
Verre multifocal	60 %	Verre complexe		RO + 110 €	RO + 90 €	RO + 180 €	RO + 130 €
		Verre très complexe (codes LPP 2238792, 2245384)		RO + 130 €	RO + 110 €	RO + 200 €	RO + 150 €
		Verre très complexe (codes LPP 2234239, 2202239)		RO + 175 €	RO + 150 €	RO + 200 €	RO + 175 €
Lentilles prescrites et prises en charge par le RO (<i>par année civile</i>)	60 %	100 % + 50 €		100 % BR + 125 €		100 % BR + 200 €	
Lentilles prescrites et non prises en charge par le RO (<i>par année civile</i>)	60 %	50 €		125 €		200 €	
Chirurgie réfractive (<i>par œil</i>)	60 %	200 €		400 €		600 €	
Suppléments optique	60 %	100 %		100 %		100 %	

APPAREILLAGE

	RO ¹	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Prothèse auditive (<i>par prothèse, par an et par oreille</i>)	60 %	200 %	350 %	500 %
Prothèse auditive : frais d'entretien, fournitures et accessoires (<i>par année civile</i>)	60 %	100 % + 20 €	100 % + 40 €	100 % + 60 €
Grand appareillage dont véhicule pour personnes atteintes d'un handicap	100 %	100 %	150 %	200 %
Petit appareillage, pansement, accessoire, orthopédie, orthèse	60%/65 %	100 %	150 %	150 %

AUTRES PRESTATIONS

	RO ¹	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Frais de transport (hors hospitalisation)	65 %	100 %	100 %	100 %
Frais de cure thermique pris en charge par le RO	65%/70 %	100 %	100 %	100 % + 100 €
Allocation en cas de naissance ou d'adoption plénière	-	100 €	200 €	300 €

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 dans la notice. Les différentes formules sont solidaires et responsables ; elles répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de planchers et plafonds (loi de Sécurisation de l'emploi (décret du 8 septembre 2014) et Contrat responsable (décret du 18 novembre 2014)).

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. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO sera inférieure de 20 % à celle des médecins signataires. L'OPTAM ou l'OPTAM-CO engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs tarifs pendant 3 ans, en échange d'un allègement de charges sociales. Pour savoir si votre médecin a signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, rendez-vous sur ami-direct.fr.

3. Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO.

4. Hors établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

5. Chambre particulière en MCO (Médecine Générale, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) et Maternité, sans limitation de durée. 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.

8. 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.

9. Par an, à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.

10. Le forfait inclut également la prise en charge de la maintenance parodontale.

11. À l'exclusion de la contention et de tout autre type de soins.

12. Le remboursement concerne les équipements pris en charge par le RO et est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an).

ANNEXE 9 – 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.

Article 1 - 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.

Article 2 - 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.