



**Assurons
un monde
plus ouvert**

BUSINESS UNIT PARTENARIATS FRANCE ET RÉSEAU AMETIS

JURIDIQUE ET CONTRACTUEL
REF CNP ASSURANCES :
MILLESIME 2024

Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative des Adhérents de la MCF

Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Dépendance des Adhérents de la MCF.

Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°M011 (le « Contrat »), souscrit par la Mutuelle MCF, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice », auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ».

Elle constitue un résumé du Contrat, qui comporte des Conditions Générales et Particulières.

I. DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat PREMUIO n°M011 est souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances (ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice ») dont les mentions légales sont portées en annexe auprès de CNP Assurances (ci-après dénommée « l'Assureur ») – dont le siège social est 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'Article 4.1 - « Assiette et montant des cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'Article 3.4 - « Prise d'effet de l'adhésion au contrat » de la présente notice d'information.
5. Le contrat a pour objet, tel que mentionné à l'Article 2.1 - « Objet » et aux Caractéristiques Spécifiques des garanties de la présente notice d'information, de garantir aux Assurés le versement d'une rente dans les conditions définies aux Dispositions Communes et aux Caractéristiques Spécifiques des garanties.



6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5. « Risques exclus » de la présente notice d'information.
7. L'adhésion au contrat PREMUO (M011) s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 - « Conditions d'adhésion au titre de la garantie rente Dépendance totale », 3.2 - « Conditions d'adhésion au titre de la garantie rente Dépendance partielle » et 3.3 - « Modalités de l'adhésion » de la présente notice d'information ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'Article 4.1 - « Assiette et montant des cotisations » de la présente notice d'information.
9. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
10. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'Article 3.5 - « Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance » de la présente notice d'information.
11. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
12. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 9. « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

2. Objet du contrat et définitions

2.1 - Objet

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code des assurances et est soumis à la législation française.

Il est souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances, dont le siège est situé au 110, rue de Picpus – CS 80504 – 75131 Paris Cedex 12, ci-

après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de CNP Assurances, ci-après dénommé « l'Assureur ».

La téléassistance incluse dans la garantie dépendance partielle est assurée par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** Ci-après dénommée « **L'assisteur** ou **Filassistance** » Société anonyme à conseil d'administration au capital de 4 100 000 euros, Immatriculée au RCS Nanterre sous le n° 433 012 689, Entreprise régie par le Code des assurances, sise au 108, bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud Cedex.

Il relève des branches 1 (Accident) et 2 (Maladie) définies à l'article R 321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur. La prestation de téléassistance prévu au contrat relève de la branche 18 (Assistance) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

La langue utilisée au titre du contrat est la langue française.

Le contrat a pour objet le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance, telle que définie aux Caractéristiques Spécifiques de garanties de la présente notice d'information.

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

2.2 - Définitions

L'Accident est défini comme tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Adhérent et entraînant une atteinte corporelle.

Sont réputés répondre à cette définition, entre autres, les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.

Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

L'Adhérent est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice ayant adhéré au contrat, le Bénéficiaire cotisant ou Conjoint et qui s'acquitte de sa cotisation.

L'Assisteur : FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 4 100 000 euros - siège social : 108, bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud Cedex – SIREN 433 012 689 RCS Nanterre

ci-après dénommé « l'assisteur » et/ou « Filassistance ».

L'Assuré est la personne sur la tête de laquelle repose le risque assuré.

L'Assureur est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **CNP Assurances** (Société Anonyme, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 686 618 447 euros entièrement libéré, 341 737 062 R.C.S. Nanterre. Siège Social : 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux).

Le Bénéficiaire est la personne qui recevra la prestation garantie par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Bénéficiaire cotisant est le Bénéficiaire cotisant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts.

Le Candidat à l'assurance : Adhérent potentiel au contrat PREMUO M011.

Le Concubin est la personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité conformément à l'article 515-8 du Code civil.

Le Conjoint est la personne mariée à l'Assuré, non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe. Dans le cadre du contrat, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de Pacte Civil de solidarité (PACS) et le Concubin tels que définis au présent article.

La Franchise est le délai à l'expiration duquel l'Adhérent reconnu en état de dépendance peut prétendre au versement de la rente. Ce délai court à compter de la date de reconnaissance de la dépendance.

La Fraude à l'assurance : est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré, effectué(e) en vue d'obtenir par des moyens illégaux ou irréguliers, pour soi-même ou pour un tiers, un avantage matériel ou moral qu'il soit direct ou indirect. Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du Contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

Le Membre participant est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts.

La Mutuelle souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Membres participants. Il s'agit de la **Mutuelle Centrale des Finances (MCF)**, sise au 110, rue de Picpus – CS 80504 – 75131 Paris Cedex 12.

Le Partenaire est la personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune conformément à l'article 515-1 du Code civil.

La Personne assimilée à un Conjoint est le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

Les Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères : Personnes politiquement exposées ou PPE: sont des personnes dont la résidence est située sur le territoire national, dans un autre État membre de l'Union européenne (UE) ou un pays tiers et qui sont exposées à « risques plus élevés » de blanchiment de capitaux, notamment de corruption, en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont exercées depuis moins d'un an pour le compte d'un État ou d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées. Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national.

Les fonctions des PPE sont listées aux articles L.561-18 et R.561-18 -I du Code monétaire et financier.

La qualité de PPE couvre également les membres directs de la famille et les personnes qui sont étroitement associés aux PPE (article R.561-18 II et III du Code monétaire et financier).

Le Point de la Fonction publique est la valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions divisée par 100. La valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 907,34 euros depuis le 1^{er} juillet 2023. La valeur du point au 1^{er} janvier 2024 est donc de 4,92 euros. Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du Point, l'Adhérent peut se référer au site : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/connaître-point-dindice>.

La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

La Rente est la prestation périodique allouée au Bénéficiaire après expiration du délai de Franchise.

Les Ressources désignent :

- Pour l'Adhérent « actif » : le Traitement indiciaire brute (TIB) + primes + indemnités ;
- Pour l'Adhérent « retraité » : le montant brut des pensions, retraites et rentes perçues.

3. Adhésion au contrat

3.1 - Conditions d'adhésion au titre de la garantie rente Dépendance totale

- Garantie de base

Pour le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant, non retraité :

L'adhésion au contrat est facultative.

Le candidat à l'assurance doit remplir un questionnaire de santé.

L'adhésion est conditionnée par l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à ce questionnaire.

L'adhésion devient obligatoire au jour de la prise d'effet de la retraite et au plus tard au 70^{ème} anniversaire du Membre participant ou du Bénéficiaire cotisant.

Dans le cadre de l'adhésion obligatoire, le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant n'a plus à compléter un questionnaire de santé.

Pour le Conjoint :

L'adhésion au contrat est facultative.

Pour adhérer, trois conditions cumulatives doivent être remplies :

1. le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant doivent être couverts au titre du contrat, objet de la présente notice d'information, ou en avoir fait la demande,
2. être âgé de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion,
3. le Candidat à l'assurance doit remplir un questionnaire de santé. L'adhésion est conditionnée par l'acceptation du Médecin-Conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à ce questionnaire.

- Garantie complémentaire

Pour le Membre participant, le Bénéficiaire cotisant ou le Conjoint/ Personne assimilée, la souscription de cette garantie est facultative.

Pour être assuré, le Candidat doit :

- être âgé de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion,
- avoir souscrit la garantie de base,
- être accepté par le Médecin-Conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à un questionnaire de santé.

L'adhésion à cette garantie peut se faire aussi bien au moment de l'adhésion à la garantie de base, qu'en cours d'adhésion. Dans ce dernier cas de

figure l'Adhérent devra remplir un nouveau Bulletin d'adhésion par lequel il indiquera ce choix, ainsi qu'un questionnaire de santé.

3.2 - Conditions d'adhésion au titre de la garantie rente Dépendance partielle

Pour le Membre participant, le Bénéficiaire cotisant ou le Conjoint/ Personne assimilée, la souscription de cette garantie est facultative.

Pour être assuré, le Candidat à l'assurance doit :

- avoir souscrit la garantie de base,
- être âgé de moins de 70 ans à la date de la demande d'adhésion
- être accepté par le Médecin-Conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées à un questionnaire de santé.

L'adhésion à cette garantie peut se faire aussi bien au moment de l'adhésion à la garantie de base, qu'en cours d'adhésion. Dans ce dernier cas de figure l'Adhérent devra remplir un nouveau Bulletin d'adhésion par lequel il indiquera ce choix, ainsi qu'un questionnaire de santé.

3.3 - Modalités de l'adhésion

Le Candidat à l'assurance doit remplir un bulletin d'adhésion au contrat émis par l'Assureur, par lequel il donne son consentement à l'assurance, il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture.

Il reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information et du document d'information précontractuel.

Ce bulletin est daté et signé par le candidat à l'assurance.

Par ailleurs, le Candidat devra également compléter un questionnaire de santé, qu'il devra ensuite adresser à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances :

CNP Assurances
Protection Sociale
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 96938
95905 Cergy Pontoise Cedex 9

Etant précisé, qu'en cas d'adhésion obligatoire le Membre participant n'a plus à compléter de questionnaire de santé.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent doit régler d'avance sa première cotisation.

3.4 - Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat prend effet :

- pour l'Actif (Membre participant ou Bénéficiaire cotisant) : le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le Médecin-Conseil de l'Assureur,

- pour le Conjoint/Personne assimilée : le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le Médecin-Conseil de l'Assureur et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- pour le Retraité (Membre participant ou Bénéficiaire cotisant) : le jour du départ à la retraite et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire de l'Adhérent.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra prendre effet que sous réserve que l'Adhérent et le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance nommément désigné(s) ne fassent pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du Bulletin d'adhésion.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion au contrat de l'Adhérent sont couverts au titre du contrat.

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du premier (1^{er}) janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'Article 3.8 - « Résiliation de l'adhésion » de la présente notice d'information et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent au contrat d'un certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat.

3.5 - Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance

*** Si le contrat est vendu à distance :**

a) Définition

Le contrat objet de la présente notice est vendu à distance si toutes les étapes de la vente ont eu lieu via des techniques de communication à distance, notamment vente par correspondance, par courrier, par téléphone ou par Internet sous réserve que la souscription ne rentre pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination du Conseiller clientèle et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

b) Délai de renonciation

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter :

- du jour de la conclusion du contrat ou de la date d'effet de l'adhésion,
- du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation (si cette dernière date est

postérieure à celle où le contrat, objet de la présente notice est conclu).

La date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat d'inscription.

L'Adhérent perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de renonciation.

c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation soit par :

- lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

Mutuelle Centrale des Finances (MCF)

110, rue de Picpus – CS 80504
75131 Paris Cedex 12

- Ou recommandé électronique : mcf@mutuellemcf.fr.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle de rédaction ci-après :

« Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat M011** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances.
Le[Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi) ou du recommandé électronique l'adhésion au titre du contrat est résiliée sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

- Si l'Adhérent exerce son droit de renonciation, l'intégralité de la cotisation est due par la Mutuelle souscriptrice, dans un délai de trente (30) jours maximal à compter de la date de réception de la lettre qui correspond à la date de résiliation du contrat. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.
- L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru à condition que l'Adhérent ait expressément demandé un début d'exécution et a été prévenu du coût de cette prestation en cas de renonciation.

*** Si le contrat est vendu par démarchage :**

a) Définition

Le contrat objet de la présente notice est vendu par démarchage, si l'assurance a été proposée au domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, en vue de l'adhésion à un contrat qui n'entre pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle.

b) Délai de renonciation

Conformément à l'Article L.112-9 Code des assurances, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La date de conclusion du contrat et/ou la date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat d'inscription.

L'Adhérent perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat objet de la présente notice avant l'échéance du délai de rétractation.

c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation soit par :

- lettre recommandée, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

Mutuelle Centrale des Finances (MCF)

110, rue de Picpus – CS 80504
75131 Paris Cedex 12

- recommandé électronique avec demande d'avis de réception : mcf@mutuellemcf.fr.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle de rédaction ci-après :

« Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat M011** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances.
Le[Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique avec avis de réception (la date du cachet de la Poste faisant foi), la garantie prend fin sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée uniquement dans le cas où le Contrat n'a pas été exécuté.

Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle souscriptrice procède au remboursement de la cotisation versée par l'Adhérent, dans un délai de trente (30) jours maximal à compter du jour où l'Adhérent a envoyé sa lettre de renonciation pour se rétracter. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

3.6 - Radiation du contrat

L'adhésion au contrat cesse au jour :

- du décès de l'Assuré,
- de la prise d'effet de la perte de qualité de Membre participant, Conjoint/Personne assimilée ou Bénéficiaire cotisant,
- non-paiement de la cotisation, conformément à la procédure prévue à l'article L.113-3 du Code des assurances, étant précisé que la radiation de l'adhésion du Membre participant emporte radiation de l'adhésion du Conjoint/Personne assimilée,
- de la prise d'effet de la résiliation du contrat, objet de la présente notice d'information entre l'Assureur et la Mutuelle souscriptrice.

3.7 - Fausse déclaration

Les déclarations faites par les Adhérents à la Mutuelle souscriptrice et à l'Assureur, ainsi que les déclarations faites par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur servent de base à la couverture.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhérent par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou de la Mutuelle souscriptrice tant lors de l'inscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

3.8 - Résiliation de l'adhésion

3.9 - Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat, c'est-à-dire à l'ensemble des garanties souscrites par lettre recommandée ou tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances en s'adressant à la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante : Mutuelle

Centrale des Finances (MCF), 110, rue de Picpus – CS 80504 – 75131 Paris Cedex 12 ou à l'adresse électronique suivante : mcf@mutuellemcf.fr, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle de son adhésion.

L'Adhérent peut également demander la résiliation de son adhésion :

- dans les conditions prévues à l'article L.113-16 du Code des assurances à savoir en cas de changement de profession ; cessation définitive d'activité professionnelle.
- en cas de non acceptation de la révision de la cotisation prévue à l'Article 4.4 - « Révision annuelle des cotisations » de la présente notice. La résiliation doit être effectuée dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

Toutefois, la résiliation ne pourra avoir lieu lorsque l'adhésion au contrat devient obligatoire, c'est-à-dire au jour de la prise d'effet de la retraite et au plus tard au 65^{ème} anniversaire du Membre participant ou du Bénéficiaire cotisant.

3.10 - Résiliation à l'initiative de l'Assureur

L'Assureur peut demander la résiliation de l'adhésion d'un Adhérent au Contrat en cas de :

- non-paiement des cotisations dues par l'Adhérent ;
- non acceptation de la révision de la cotisation par l'Adhérent ;
- fausse déclaration de l'Adhérent.

3.11 - Notice d'information

L'Assureur s'engage à rédiger et à transmettre à la Mutuelle souscriptrice la notice d'information, et à la mettre à jour en fonction de l'évolution des garanties et du montant des cotisations.

La Mutuelle souscriptrice remet aux Adhérents la notice d'information, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, que les formalités à accomplir en cas de sinistre ainsi que le document d'information précontractuel.

Toute modification apportée au contrat par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances et à la réglementation spécifique du contrat.

4. Cotisations

4.1 - Assiette et montant des cotisations

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

Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'Adhérent s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion.

Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge est apprécié au 1^{er} janvier de la nouvelle année d'assurance.

La cotisation de la garantie de base comporte une partie forfaitaire et une partie exprimée en pourcentage d'une assiette de cotisation.

Pour les actifs (Membre Participant) : salaire (Traitement, primes + indemnités) net imposable figurant sur le dernier avis d'imposition.

Pour les actifs (Bénéficiaire cotisant) : revenu (Traitement, primes et indemnités) net imposable figurant sur le dernier avis d'imposition.

Pour les retraités : montant net imposable des pensions, retraites et rentes (figurant sur le dernier avis d'imposition).

L'assiette de cotisation déterminée selon les modalités qui précèdent, est arrondie à la centaine d'euros la plus proche.

Pour le Conjoint/Personne assimilée :

- pour la garantie de base de la Dépendance totale, la cotisation est égale à celle du Membre participant ou du Bénéficiaire cotisant auquel il est rattaché ;
- pour les autres garanties, les cotisations sont forfaitaires.

Le pourcentage du taux de cotisations et les cotisations forfaitaires sont annuels et peuvent être révisés en fonction des résultats du contrat.

4.2 - Paiement des cotisations par l'Adhérent

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation à la Mutuelle souscriptrice.

La cotisation appelée à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice peut être précomptée sur le traitement dans les conditions déterminées dans les statuts de la Mutuelle souscriptrice.

Lorsque le précompte n'est pas possible, la cotisation sera prélevée sur le compte bancaire de l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice.

Ce dernier cas de figure vise plus particulièrement les Conjointes ou les Bénéficiaires cotisants.

Tout mois commencé est dû.

4.3 - Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au contrat au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

4.4 - Révision annuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale, de l'examen des questionnaires de santé et des résultats du contrat.

5. Risques exclus

Sont exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement les dépendances résultant :

- 1. De faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- 2. Directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome,**
- 3. De la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions,**
- 4. De l'usage d'appareils ou d'équipement non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin,**
- 5. Du risque de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré.**
- 6. De toute atteinte, volontaire et consciente, par l'Assuré à son intégrité physique,**
- 7. D'acte effectuée sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'usage de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement,**
- 8. De luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agression auxquels participe l'Assuré,**
- 9. De la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre**

professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnels,

- 10. Directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.**

6. Mise en œuvre de la garantie

6.1 - Contrôle médical

A la demande du Médecin-Conseil de l'Assureur, l'Adhérent s'engage à communiquer toutes les pièces médicales permettant d'apprécier si le sinistre s'inscrit bien dans le cadre de la garantie du contrat.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer ou de faire effectuer un contrôle médical de l'Adhérent, de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires et de demander communication de toutes pièces médicales ou administratives utiles. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de versement de prestations.

Dans ce cas de figure, un courrier est adressé à l'Adhérent 70 jours avant la date de révision prévue par le médecin-conseil de l'Assureur. En l'absence de réponse de la part de l'Assuré la prise en charge des échéances sera suspendue 100 jours après l'envoi du courrier initial et ce jusqu'à obtention du rapport de contrôle médical.

L'Adhérent qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires, dans le mois qui suit la demande, perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le Médecin-Conseil de l'Assureur, l'Adhérent peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois (3) mois qui suivent cette décision sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur, un certificat médical circonstancié justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Adhérent et le Médecin-Conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins experts exerçant la médecine d'assurance auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'Adhérent en faisant l'avance.

6.2 - Secret médical

L'Assuré peut transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'adresse suivante :

CNP Assurances
Protection Sociale
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 96938
95905 Cergy Pontoise Cedex 9

6.3 - Revalorisation des rentes en cours de service

La décision de revaloriser la rente est déterminée d'un commun accord entre l'Assureur et la Mutuelle souscriptrice dans le cadre de la présentation des comptes annuels.

6.4 - Versement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement aux Bénéficiaires sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

7. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du Contrat et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de deux (2) ans à compter de l'évènement à l'origine de cette action.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- 1°) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en eu connaissance ;
- 2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Par ailleurs,

- Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires

d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

- L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.
- Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au Contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- Conformément à l'article 2240 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Conformément à l'article 2241 du Code civil : la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Conformément à l'article 2242 du Code civil : l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Conformément à l'article 2243 du Code civil : l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- Conformément à l'article 2244 du Code civil : le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

8. Loi applicable – langue utilisée

Le contrat et son interprétation sont régis par la loi française. Le lieu de conclusion du contrat est réputé être le lieu du siège social de l'Assureur.

L'Assureur utilisera la langue française durant toute la relation précontractuelle et contractuelle.

9. Renseignements – Réclamations – Médiation

Les demandes d'information, de réclamation ou de médiation sont à réaliser selon les indications précisées en annexe de la présente notice d'information.

10. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par l'Assureur, les mutuelles à l'égard de leurs Membres participants/Assurés et de leurs bénéficiaires.

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

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

II. CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

11. Garantie rente dépendance totale

11.1 - Objet et montant de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente mensuelle au profit de l'Adhérent au contrat en situation de dépendance totale, telle que définie à l'Article 11.2 - « Définition et reconnaissance de la dépendance totale » ci-après.

Le montant de la rente servie est fonction des garanties souscrites par l'Adhérent (garantie de base et garanties complémentaires). Il est fixé dans l'annexe jointe à la présente notice d'information.

Pour la garantie complémentaire, l'Adhérent peut demander en cours de contrat une modification du montant de la garantie, dans le cadre des montants précisés dans l'annexe.

La demande doit être notifiée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

Lorsque l'Adhérent demande une diminution de montant, la nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Lorsque l'Adhérent demande une augmentation de montant, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues à l'Article 3.1 - « Conditions d'adhésion au titre de la garantie rente Dépendance totale » de la présente notice d'information.

La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du Médecin-Conseil de l'Assureur.

Dans le cas où la demande est refusée, la garantie continue de s'appliquer sur les anciennes bases.

11.2 - Définition et reconnaissance de la dépendance totale

Est considéré en état de dépendance totale, l'Adhérent qui à la fois :

- est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver), Les 4 actes ordinaires de la vie sont définis comme suit :
 - **se laver** : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - **s'habiller** : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
 - **s'alimenter** : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
 - **se déplacer** : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).
- et est reconnu par le Médecin-Conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date reconnue comme telle par le médecin conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies et au plus tôt à la date d'entrée dans la garantie.

Ces deux dates peuvent être identiques si après instruction médicale du dossier par l'Assureur, l'état de santé de l'Assuré ouvre droit à prestations.

L'Assuré est informé de la décision de l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

11.3 - Délai de franchise

La rente Dépendance est versée à l'Adhérent sans délai de Franchise.

11.4 - Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de la rente Dépendance totale est l'Adhérent lui-même.

11.5 - Formalités en cas de sinistre

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

- un questionnaire dépendance spécifique de l'Assureur en cours à la date de la demande. Celui-ci devra être dûment complété et accompagné de tout justificatif médical permettant l'étude du dossier par le médecin conseil (rapport d'expertise, rapport médical...) ;
- en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement ;
- le cas échéant, la décision du Président du Conseil départemental du lieu de résidence de l'Adhérent relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. A noter que ce document permettra d'étudier le dossier, cependant l'attribution de l'APA ne vaut pas mise en jeu de la garantie celle-ci étant évaluée sur la base de critères contractuellement définis ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, etc.) ;
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat ;
- toute autre pièce, notamment d'ordre médical demandé par l'Assureur ;
- Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation ;
- L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat et/ou de faire pratiquer les examens médicaux jugés nécessaires tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'Article 6.1 - « Contrôle médical » de la présente notice d'information.

11.6 - Modalités de versement des prestations

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle, versée à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *prorata temporis*.

Lorsque l'Assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, sa rente est suspendue. Si l'état de l'Adhérent justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de Franchise.

Au décès de l'Assuré ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé *prorata temporis*.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie du Bénéficiaire au 1^{er} janvier de chaque année ainsi que d'une attestation d'hébergement pour les Bénéficiaires d'une rente dépendance hospitalisation, à faire remplir par le responsable de l'établissement au 1^{er} janvier de chaque année.

11.7 - Modification de la situation du bénéficiaire

L'Adhérent bénéficiant du contrat ou son représentant légal, est tenu de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

L'Adhérent ou son représentant légal, doit, par lettre recommandée, à l'adresse suivante :

Mutuelle Centrale des Finances (MCF)

110, rue de Picpus – CS 80504
75131 Paris Cedex 12

ou recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : mcf@mutuellemcf.fr, déclarer ces circonstances à la Mutuelle souscriptrice dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

L'Adhérent ou son représentant légal, doit également déclarer, tout changement de son lieu de vie dans les conditions définies dans le présent article.

12. Garantie rente dépendance partielle

12.1 - Objet et montant de la garantie

L'Assureur assure à l'Adhérent reconnu en état de dépendance partielle tel que défini à l'Article 12.2 - « Reconnaissance de la dépendance partielle » ci-après :

- le paiement de l'ensemble du dispositif d'installation du matériel « Filattentive » et,
- le paiement de l'abonnement mensuel « Filattentive » pour :
 - Une montre connectée avec fonction aidant ;

ou

- Une tablette premium avec bracelet détection de chute.

Ces sommes sont exclusivement destinées à la mise à disposition de l'Adhérent d'un service de téléassistance (nommé Filassistance) qui est confié à FILASSISTANCE. Le montant de l'installation et l'abonnement mensuel sont versés directement au prestataire.

L'Assureur assure alors le versement, sous forme de rente trimestrielle payée directement à l'Adhérent, de l'abonnement dans les conditions prévues à l'Article 11.6 - « Modalités de versement des prestations » de la notice.

En cas de résiliation des accords de prestation de services entre l'opérateur et l'Assureur, le financement du service de téléassistance est alors interrompu.

12.2 - Reconnaissance de la dépendance partielle

Est reconnu en état de dépendance partielle, l'Assuré qui à la fois :

- Se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer, sans l'aide d'une autre personne, trois des quatre actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller.
- Et est reconnu comme répondant au critère précédent par le Médecin-Conseil de l'Assureur.

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis par deux fonctions. Pour qu'un acte de la vie quotidienne soit reconnu impossible partiellement, l'une au moins des fonctions de l'acte indiqué dans la définition ci-dessous doit être totalement et complètement impossible à effectuer par la personne seule :

- Se déplacer :

1. se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir,
OU
2. aller d'une pièce à l'autre à l'intérieur du domicile. L'usage d'une aide technique (canne, déambulateur, fauteuil roulant) par la personne n'influe pas sur le jugement s'il permet à la personne de se déplacer sans aide humaine.

- S'alimenter :

1. se servir, c'est à dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit, (mais n'incluant pas la préparation des repas),
OU
2. porter les aliments à la bouche et les avaler.

- Se laver :

1. faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps,
OU
2. faire la toilette simple de toute la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

- S'habiller :

1. vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps,
OU
2. vêtir et dévêtir la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date reconnue comme telle par le Médecin-Conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies et au plus tôt à la date d'entrée dans la garantie.

Ces deux dates peuvent être identiques si après instruction médicale du dossier par le Médecin-Conseil de l'Assureur, l'état de santé de l'Assuré ouvre droit à prestations.

L'Assuré est informé de la décision de l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

L'Adhérent bénéficiant des services de téléassistance, s'il est par la suite reconnu en état de dépendance totale peut demander sans délai de Franchise :

- à ne plus bénéficier des garanties téléassistance. Dans ce cas, il percevra la rente prévue au contrat en cas de dépendance totale. Il devra alors restituer le matériel.
- à continuer à bénéficier des prestations de téléassistance. Dans ce cas, le montant de l'abonnement est déduit du montant de la rente versée au titre de la dépendance totale.

12.3 - Délai de franchise

Le droit à prestation est acquis sans délai de Franchise.

12.4 - Bénéficiaire

Le Bénéficiaire de la rente Dépendance partielle est l'Adhérent lui-même.

12.5 - Formalités en cas de sinistre

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

- un questionnaire dépendance spécifique de l'Assureur en cours à la date de la demande. Celui-ci devra être dûment complété et accompagné de tout justificatif médical permettant l'étude du dossier par le médecin conseil (rapport d'expertise, rapport médical...) ;
- en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement ;

- le cas échéant, la décision du président du Conseil départemental du lieu de résidence de l'Adhérent relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. A noter que ce document permettra d'étudier le dossier, cependant l'attribution de l'APA ne vaut pas mise en jeu de la garantie celle-ci étant évaluée sur la base de critères contractuellement définis ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du Bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, etc.) ;
- le Bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat ;
- toute autre pièce, notamment d'ordre médical demandé par l'Assureur.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat et/ou de faire pratiquer les examens médicaux jugés nécessaires tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites à l'Article 6.1 - « Contrôle médical » de la présente notice d'information.

12.6 - Modalités de versement des prestations

Le montant de l'abonnement est versé sous forme de rente trimestrielle, à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*.

Lorsque l'Assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, sa rente est suspendue. Si l'état de l'Adhérent justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de Franchise.

Au décès de l'Assuré ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie du bénéficiaire au 1^{er} janvier de chaque année ainsi que d'une attestation d'hébergement pour les Bénéficiaires d'une rente dépendance hospitalisation, à faire remplir par le responsable de l'établissement au 1^{er} janvier de chaque année.

12.7 - Modification de la situation du Bénéficiaire

L'Adhérent bénéficiant du contrat ou son

représentant légal, est tenu de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

L'Adhérent ou son représentant légal, doit, par lettre recommandée, à l'adresse suivante :

Mutuelle Centrale des Finances (MCF)

110, rue de Picpus – CS 80504

75131 Paris Cedex 12

ou recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : mcf@mutuellemcf.fr, déclarer ces circonstances à la Mutuelle souscriptrice dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

L'Adhérent ou son représentant légal, doit également déclarer, tout changement de son lieu de vie dans les conditions définies dans le présent article.

12.8 - Cessation de la garantie

Outre les cas de cessation mentionnés à l'Article 3.6 - « Radiation du contrat » de la présente notice d'information, la garantie cesse en cas :

- d'évolution de l'état de santé de l'Adhérent. Toutefois, l'Adhérent peut demander un maintien du dispositif, auprès de l'opérateur FILASSISTANCE et le prendre financièrement en charge ou bénéficiaire du maintien dans les conditions prévues à l'Article 12.2 - « Reconnaissance de la dépendance partielle » ci-dessus,
- de résiliation du contrat de téléassistance entre FILASSISTANCE International et l'Assureur, sous réserve des dispositions ci-dessus,
- de décès de l'Adhérent.

En conséquence, l'Adhérent ou ses héritiers sont tenus de restituer le matériel.