

NOTICE D'INFORMATION

DU CONTRAT

PLURIO OBSEQUES MI-05

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2010

I. Objet du contrat et définitions

I.1 Objet

En application des statuts de sa Mutuelle, tout membre participant ou associé peut à titre facultatif :

- adhérer au contrat PLURIO OBSEQUES, souscrit par sa Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après, dénommée « l'Assureur »), pour bénéficier de la garantie individuelle Allocation Obsèques décrite, ci-après ;
- inscrire audit contrat son conjoint ou personne assimilée, pour permettre à ce ou cette dernière d'être couvert par la garantie.

Le contrat a pour objet le versement, en cas de décès de l'assuré, d'une allocation au profit de la personne qui a assumé les frais d'obsèques de l'assuré.

I.2 Définitions

L'adhérent est le membre participant ou le membre associé de la Mutuelle, ayant adhéré au contrat et/ou inscrit au contrat son conjoint ou personne assimilée. L'adhérent est appelé **preneur d'assurance** lorsqu'il inscrit au contrat son conjoint ou personne assimilée.

La personne assimilée à un conjoint est la personne déclarée comme telle lors de l'inscription au contrat.

L'assuré est celui sur la tête duquel repose le risque. L'assuré peut être l'adhérent, le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent.

Le bénéficiaire est la personne à qui est due la prestation garantie par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

L'accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'assuré 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.

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2009 est de 55,1217 euros.

2. Adhésion au contrat

2.1 Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au contrat :

- les membres participants ou associés de la Mutuelle, âgés à la date de la demande d'adhésion de moins de 80 ans et de moins de 70 ans en cas de paiement de la cotisation par un versement unique ;
- les conjoints ou personnes assimilées des membres participants ou associés de la Mutuelle, âgés à la date de la demande d'adhésion de moins de 80 ans et de moins de 70 ans en cas de paiement de la cotisation par un versement unique. L'âge pris en compte est celui du conjoint ou personne assimilée.

2.2 Demande d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli, daté et signé, transmis à la Mutuelle.

Dans le cas où la demande d'adhésion concerne le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, le bulletin d'adhésion doit être daté et signé conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée qui donne son consentement à l'assurance.

Lors de l'adhésion au contrat de l'adhérent et/ou de son conjoint ou personne assimilée, l'adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

En cas de mutation, si le membre participant ou associé de la Mutuelle adhère à une autre mutuelle ayant également souscrit au contrat PLURIO OBSEQUES, l'assuré est maintenu au contrat.



2.3 Délai de renonciation

Pendant 30 jours à compter de la date de paiement de la première cotisation, l'adhérent peut renoncer à son adhésion, à celle de son conjoint ou personne assimilée, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à sa Mutuelle.

« Je soussigné(e) (Nom, prénom), demeurant.....

 (adresse complète), déclare renoncer au contrat Plurio Obsèques MI-05, que j'ai signé le.....
 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de €.
 Date et Signature »

Dans le cas où la renonciation concerne l'adhésion du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la demande est signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée.

Dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la Mutuelle, celle-ci restitue l'intégralité de la cotisation versée par l'adhérent renonçant. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration du délai.

2.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

Sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Le renouvellement de la couverture est annuel à la date du 1^{er} janvier et donne lieu à l'envoi par la Mutuelle à chaque adhérent d'un certificat d'inscription précisant les conditions de la garantie de la personne assurée.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion peuvent être couverts au titre du contrat.

2.5 Délai d'attente

Tous les sinistres, exceptés ceux d'origine accidentelle, qui surviennent pendant les 30 mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à ouverture d'un droit à prestation. Dans ce cas, la Mutuelle restitue aux bénéficiaires désignés l'intégralité des cotisations encaissées.

Ce délai d'attente de 30 mois n'est pas appliqué aux assurés qui se trouvent radiés d'une garantie Décès souscrite auprès de l'Assureur du fait de la limite d'âge et qui formulent leur demande d'adhésion dans l'année qui suit la disparition de cette couverture.

2.6 Nullité du contrat

L'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent ou l'assuré au contrat, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est nulle.

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.



3. Garantie Allocation Obsèques

3.1 Montant

Le contrat comporte deux groupes de garanties :

- Groupe 1 : Fermé à l'adhésion

Ce groupe concerne uniquement les adhérents présents au contrat avant le 31 décembre 2009.

L'allocation obsèques est exprimée en nombre de points.

La valeur du point au 1^{er} janvier 2010 est de 1,70 euros. La valeur du point est revalorisée chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente. La valeur ainsi calculée est arrondie au centime d'euro supérieur.

Pour l'assuré non couvert au préalable par une garantie décès ou obsèques de l'Assureur, l'allocation obsèques est fixée à 600 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 100 points, jusqu'à un plafond de 3.000 points.

Pour l'assuré déjà couvert par une garantie décès ou obsèques de l'Assureur à la date de la demande d'adhésion au contrat PLURIO OBSEQUES, l'allocation obsèques est fixée à 100 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 100 points, jusqu'à un plafond de 1.500 points.

- Groupe 2 : Ouvert à tous les adhérents à compter du 1^{er} janvier 2010

L'allocation obsèques est exprimée en euros.

Le montant minimum de cette allocation est fixé à 1.000 euros.

Ce montant minimum peut être augmenté, au choix de l'adhérent, par tranche de 100 euros, jusqu'à un plafond de 5.000 euros.

3.2 Bénéficiaire

Le bénéficiaire de l'allocation obsèques est la personne qui a assumé les frais d'obsèques de l'assuré.

Dans le cas où la prestation garantie par l'Assureur est supérieure au montant des frais d'obsèques engagés, le solde est versé aux bénéficiaires désignés par l'assuré à cet effet.

L'assuré choisit entre l'une ou l'autre des deux formules suivantes :

- la formule générale :
 - « mon conjoint non séparé de corps par jugement, ni divorcé,
 - à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés,
 - à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1^{er} degré,
 - à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires,
 - à défaut, la Mutuelle Souscriptrice. »
- toute autre formule particulière, à utiliser notamment lorsque l'assuré souhaite désigner la personne assimilée à son conjoint, par exemple son concubin, comme bénéficiaire.

Dans le cas où l'assuré est le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, l'assuré et l'adhérent preneur d'assurance désignent conjointement le ou les bénéficiaires.

A défaut de choix entre l'une ou l'autre des deux formules, la formule générale s'applique.

Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'assuré peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

3.3 Modification du montant de la garantie

L'adhérent peut demander en cours de contrat une modification du montant de sa garantie, celle de son conjoint ou personne assimilée, dans le cadre des tranches et du plafond définis au paragraphe 3.1. Toutefois, la diminution du montant de la garantie n'est pas admise dans le cas où l'adhérent a choisi la formule de cotisation unique ou temporaire (10 ans).

La demande doit être notifiée à la Mutuelle, et dans le cas où celle-ci concerne la garantie du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la lettre doit être signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée.



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

Lorsque l'adhérent demande une augmentation de montant, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues au paragraphe 2.1. La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette demande. **Le droit à prestation pour ce qui concerne le supplément de garantie est acquis à l'issue d'un délai égal à celui prévu au paragraphe 2.5.**

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

3.4 Disponibilité de la garantie

3.4.1 Rachat

Dès que deux cotisations annuelles ou 15% au moins des cotisations prévues sur la durée de l'adhésion ont été payées, l'adhérent peut demander le rachat de la garantie. La demande de rachat doit être notifiée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle.

Dans le cas où la demande de rachat concerne la garantie du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la lettre doit être signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée.

La valeur de rachat est égale à la provision mathématique constituée. Le versement de la valeur de rachat par l'Assureur à l'adhérent met fin à l'adhésion au contrat PLURIO OBSEQUES et aux garanties d'assistance.

3.4.2 Réduction

En cas de non paiement des cotisations par l'adhérent et sous réserve que deux années de cotisations annuelles ou 15% au moins des cotisations prévues sur la durée de l'adhésion aient été payées, la garantie se poursuit pour une allocation réduite, déterminée en fonction des cotisations réellement versées.

Dans tous les cas, l'arrêt du paiement des cotisations entraîne la fin des garanties d'assistance.

4. Risques exclus

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

1. du suicide volontaire de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ;
2. 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 ;
3. directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
4. de la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions ;
5. de l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin ;
6. 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.

5. Cotisations

5.1 La cotisation due au titre de l'adhésion au contrat de l'adhérent et/ou de son conjoint ou personne assimilée est appelée par la Mutuelle à l'adhérent. Elle peut être précomptée automatiquement sur le traitement ou pension de l'adhérent dans les conditions déterminées par la Mutuelle.

5.2 Trois formules sont proposées à l'adhérent pour le paiement des cotisations : une cotisation viagère, une cotisation temporaire (10 ans), une cotisation à versement unique.

5.3 La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la date de la demande d'adhésion au contrat, de la durée de paiement choisie et du montant de garantie choisi, en application du barème des cotisations figurant en annexe à la présente notice.



- 5.4** Pour le groupe I, la cotisation est revalorisée chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente et arrondie au centime d'euro le plus proche.
- 5.5** Pour tous les groupes, la cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie, en fonction des résultats du contrat.
- 5.6** En cas d'augmentation du montant de la garantie, la cotisation supplémentaire est calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la date de la demande de la modification de montant et de la nouvelle tranche de garantie choisie. En cas de diminution du montant de la garantie par l'adhérent qui a choisi la formule de cotisation viagère, la nouvelle cotisation est calculée au prorata de la réduction du montant.
- 5.7** Tout mois commencé est dû.

6. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès de l'assuré ;
- une facture acquittée des pompes funèbres ou du marbrier ;
- toutes justifications utiles de l'identité et de l'adresse du bénéficiaire ;
- le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de 12 mois après l'adhésion.

Les frais d'obsèques pouvant donner lieu à un remboursement sont principalement les frais suivants : formalités et démarches, préparation et présentation du défunt, chambre funéraire, cercueil et accessoires, transport de corps, mise en bière, cérémonie, inhumation, crémation, travaux de cimetière, caveau, urne, fleurs, couronnes, faire-part, cartes de remerciement, marbrerie, monument funéraire, articles funéraires.

Les éventuelles volontés particulières de l'assuré ou de sa famille pourront être prises en charge dans la limite du montant souscrit au contrat, après remboursement des premiers frais d'obsèques exposés, énumérés ci-dessus.

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, déchéance

7.1 Toutes actions dérivant du contrat, notamment les demandes de prestation, se prescrivent par 2 ans lorsque le bénéficiaire est l'adhérent preneur d'assurance, par 10 ans dans les autres cas.

7.2 A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée au bénéficiaire, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.

8. Radiation du contrat et maintien de la garantie

8.1 Radiation du contrat

L'inscription de l'assuré au contrat cesse en cas de :

- demande de résiliation formulée par l'adhérent par lettre recommandée adressée à sa Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'inscription cesse le 31 décembre de l'année. Lorsque la résiliation concerne l'adhésion du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la lettre est signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée ;
- décès de l'assuré, au jour du décès ;
- perte de la qualité de membre participant ou associé de la Mutuelle du preneur d'assurance, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- non paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure déterminée à l'Article L.141-3 du Code des Assurances ;
- résiliation du contrat PLURIO OBSEQUES, au jour de la prise d'effet de la résiliation.



8.2 Souscription d'un contrat par l'assuré en cas de radiation du contrat par l'adhérent preneur d'assurance

Lorsque l'adhérent preneur d'assurance demande la radiation du contrat de son conjoint ou personne assimilée, ce ou cette dernière peut souscrire un nouveau contrat aux mêmes conditions, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de membre participant ou associé de la Mutuelle en application des statuts de celle-ci.

8.3 Maintien de la garantie en cas de décès de l'adhérent preneur d'assurance

Lors du décès de l'adhérent preneur d'assurance, l'assuré, peut, s'il en fait la demande, être maintenu au contrat aux mêmes conditions, avec l'accord de la Mutuelle.

La demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle moins de 12 mois après le décès de l'adhérent. Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date du décès de l'adhérent, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture. La cotisation est appelée à l'assuré par la Mutuelle selon les modalités fixées par celle-ci.

9. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) s'assure du respect des engagements contractés par la Mutuelle à l'égard de ses membres participants et de ses 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 présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles dont les coordonnées sont les suivantes:

ACAM
61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09





Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS
62, RUE JEANNE D'ÂRC - 75640 PARIS CEDEX 13