

**NOTICE D'INFORMATION  
RELATIVE AU CONTRAT  
AMMPAN DEPENDANCE**

**SOUSCRIT PAR  
L' ASSOCIATION DES MEMBRES DE LA  
MUTUELLE DU PERSONNEL DE  
L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2009

document contractuel



## I. Objet du contrat et principes généraux

### I.1 Objet

En application des statuts de son Association, tout membre participant direct ou membre bénéficiaire peut bénéficier lors de son inscription, des garanties collectives décrites ci-après, souscrites par son Association auprès de MFPrévoyance SA (ci-après dénommées "l'Assureur").

### I.2 Principes généraux

**I.2.1** Les garanties choisies sont collectives et indissociables de l'appartenance à l'Association.

**I.2.2** Les personnes ont donné préalablement leur consentement et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des garanties résumées dans la présente notice qui leur a été remise.

**I.2.3** L'Association informe les adhérents au contrat des modifications apportées à la présente notice.

### I.3 Définitions

**I.3.1 L'assuré** est celui sur la tête duquel repose le risque assuré.

**I.3.2 L'adhérent** est le membre participant de l'Association tel que défini les statuts de l'Association Souscriptrice, et le membre bénéficiaire, inscrits au contrat et acquittant sa cotisation.

**Le membre bénéficiaire** est assimilé au conjoint qui est défini comme la personne mariée à l'adhérent, non divorcée, non séparée de corps par décision de justice à la date du décès de l'adhérent. Le membre bénéficiaire peut être également défini comme le partenaire de PACS de l'adhérent.

**I.3.3 Le bénéficiaire** est la personne qui recevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

**I.3.4 Le Traitement de base** est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice majoré multiplié par la valeur du point de la Fonction Publique d'Etat à la date de calcul.

**I.3.5 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 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.



## 2. Règles communes

### 2.1 Adhésion au contrat

#### 2.1.1 Conditions d'adhésion à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009

Le candidat à l'adhésion doit être âgé de moins de 60 ans à la date de la demande d'adhésion et il doit être membre participant ou membre bénéficiaire de l'association.

Pour le membre participant :

L'adhésion au contrat a lieu sans formalité médicale pour le candidat qui demande son adhésion au contrat dans la première année qui suit sa nomination à l'Assemblée Nationale. Au-delà, l'adhésion est soumise à formalités médicales.

Pour le membre bénéficiaire :

L'adhésion au contrat a lieu sans formalité médicale pour le membre bénéficiaire qui demande son adhésion concomitamment à celle du membre participant s'ils sont mariés ou dans l'année qui suit le mariage. Au-delà, l'adhésion est soumise à formalités médicales.

#### 2.1.2 Demande d'adhésion

L'Association fait remplir par le candidat une demande d'adhésion au contrat fournie par l'Association. Le candidat donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice. Cette demande est datée et signée par le candidat à l'adhésion au contrat.

#### 2.1.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat prend effet le jour de l'acquisition de la qualité de membre participant de l'Association, si cette date correspond au premier jour d'un mois, sinon le premier jour du mois suivant.

Exceptions :

Dans le cas d'une adhésion soumise à formalité médicale, l'adhésion au contrat prend effet au premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur.

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation.

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

Le renouvellement de la garantie est annuel à la date du 1<sup>er</sup> janvier et donne lieu à l'envoi par l'Association à chaque adhérent au contrat d'un certificat d'inscription précisant les conditions de sa garantie.

### 2.2 Radiation du contrat

#### 2.2.1 L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- décès de l'adhérent, au jour du décès ;
- perte de la qualité de membre participant et de membre bénéficiaire de l'association, 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.113-3 du code des Assurances ;
- résiliation du contrat, au jour de la prise d'effet de la résiliation.



# DISPOSITIONS COMMUNES

2.2.2 En outre, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent 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.

2.2.3 En cas de résiliation du contrat, les prestations en cours de service à la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits, sur la base de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

## 2.3 Cotisations

2.3.1 Les assiettes de 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, exceptée la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle déterminée lors du renouvellement de l'année qui précède l'adhésion.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage d'un revenu, déterminé selon les modalités qui suivent et arrondi à la centaine d'euros supérieure. Ce pourcentage est annuel, il peut être révisé en fonction des résultats du contrat.

### 2.3.1 Revenu : Cas général

1) Pour les membres participants de l'Association, en activité ; y compris à temps partiel ou en cessation progressive d'activité ou en mi-temps thérapeutique :

- le Traitement de base, défini à l'article 1.3.4.

2) Pour les membres participants de l'Association retraités au titre de l'Assemblée Nationale :

- le montant total des pensions.

3) Pour les membres participants de l'Association retraités du régime général :

- le montant total des pensions du régime général et des régimes complémentaires.

4) Pour les membres bénéficiaires :

- le montant de l'assiette de cotisation du membre participant auquel il est rattaché, défini aux points 1), 2), et 3).

### 2.3.2 Revenu Cas particulier

1) Pour les adhérents au contrat retraités exerçant une activité rémunérée :

- le traitement de base correspondant à l'indice servant au calcul de la pension.

2) Pour les adhérents au contrat, bénéficiaires d'un congé parental, placés en situation de chômage, admis à la retraite avec jouissance différée ou en situation de disponibilité :



# DISPOSITIONS COMMUNES

- le traitement de base correspondant au dernier indice d'activité avant la prise d'effet de la situation visée, si l'adhérent est fonctionnaire de l'Assemblée Nationale ;

- le dernier salaire brut annuel soumis à cotisations sociales avant la prise d'effet de la situation visée, si l'adhérent n'est pas fonctionnaire de l'Assemblée Nationale.

3) Pour les adhérents au contrat fonctionnaires de l'Assemblée Nationale en situation de détachement :

- le traitement de base correspondant au dernier indice connu de l'association lors du calcul des cotisations de renouvellement.

4) Pour les veufs et veuves d'adhérents au contrat, membres bénéficiaires en raison du décès de leur conjoint :

le montant total des pensions de réversion

**2.3.3** La cotisation à l'adhérent est appelée dans les conditions déterminées par l'Association.

**2.3.4** Tout mois commencé est dû.

## 2.4 Revalorisation des garanties forfaitaires

La décision de revaloriser au 1<sup>er</sup> janvier N les garanties forfaitaires est déterminée d'un commun accord entre l'Assureur et l'Association sur la base des résultats du contrat constatés l'année N-2.

Les garanties forfaitaires peuvent être revalorisées dans la limite de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'Article 1.3 ci-dessus, entre le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

La résiliation du contrat met fin à la poursuite des revalorisations à la date d'effet de la rupture.

## 2.5 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

La décision de revaloriser au 1<sup>er</sup> janvier N les prestations périodiques est déterminée d'un commun accord entre l'Assureur et l'Association sur la base des résultats du contrat constatés l'année N-2.

Les prestations périodiques, dénommées rentes aux Conditions Générales et Particulières, peuvent être revalorisées dans la limite de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini à l'Article 1.3 ci-dessus, entre le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

La résiliation du contrat met fin à la poursuite des revalorisations à la date d'effet de la rupture.

## 2.6 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre du contrat sont versées directement aux bénéficiaires sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux Conditions Générales de la Garantie concernée.

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



# DISPOSITIONS COMMUNES

## 2.7 Forclusion et prescription

**2.7.1 Les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par 2 ans et par 10 ans pour les prestations dont le bénéficiaire n'est pas l'adhérent. Ce délai court à partir du moment où le bénéficiaire a connaissance de l'événement donnant droit à la garantie.**

Dans le cas où le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous un régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé a atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

**En outre, en dehors des garanties couvrant le risque de capital décès de l'adhérent, les demandes de prestations doivent être formulées du vivant de l'adhérent par l'adhérent lui-même ou son représentant légal.**

**Ne permettant pas l'avis du médecin conseil de l'Assureur, toute demande de prestations formulée, après le décès de l'adhérent sera systématiquement refusée.**

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

## 2.8 Contrôle médical et conciliation

**2.8.1** L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat et de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires quand le versement de prestation est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'elle aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

**2.8.2** L'Assureur informe l'Association des résultats de ces contrôles sur le droit à prestation.

**2.8.3 L'adhérent au contrat qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.**

**2.8.4** En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'adhérent au contrat 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 au contrat, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et experts 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'Association en faisant l'avance**. Comme au point 2.8.2, l'Assureur informe l'Association des résultats de cet arbitrage diligenté soit par elle, soit par l'adhérent.



# DISPOSITIONS COMMUNES

## 2.9 Risques exclus

2.9.1 D'une manière générale, sont exclus du contrat et n'entraînent aucun paiement, les sinistres 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 pratiquées dans le cadre d'une fédération,
- 4) 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,
- 5) du risque de navigation aérienne lorsque l'adhérent au contrat 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'adhérent au contrat.

2.9.2 Sont exclus de la garantie Dépendance et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

- 1) de toute atteinte, volontaire et consciente, par le membre participant à son intégrité physique,
- 2) d'un acte effectué 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'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement,
- 3) de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'adhérent au contrat,
- 4) de la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,
- 5) 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'adhérent y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.



## 3. Garantie Dépendance

### 3.1 Objet de la garantie

**3.1.1** L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'adhérent au contrat en situation de dépendance telle que définie au paragraphe 3.1.2 ci-dessous.

Le montant de la rente servie est égal à :

- 507,20 euros par mois, si l'adhérent est classé dans les groupes iso-ressources 1, 2 ou 3,
- 252,80 euros par mois si l'adhérent est classé dans le groupe iso-ressource 4

### 3.1.2 Reconnaissance de la dépendance

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

- est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 4 en application de la grille AGGIR décrite aux Annexes I et II du décret n° 97-427 du 28 avril 1997 ;
- et 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) ;
- et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères 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. En tout état de cause, cette date ne peut être antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

### 3.1.3 Revalorisation de la garantie

Les valeurs des rentes indiquées ci-dessus sont celles en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies au paragraphe 2.4.

### 3.1.4 Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes en service sont revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile dans les conditions définies au paragraphe 2.5.

### 3.2 Délai de carence

**Le droit à prestations est acquis à l'issue d'un délai de carence défini comme la période continue qui court à compter du lendemain de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance.**

**Ce délai est de 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle, 180 jours dans les autres cas.**

### 3.3 Formalités en cas de sinistre

**3.3.1** Les demandes de règlement doivent être adressées à l'Association accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical établi par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'adhérent au contrat, sa date de survenance et précisant l'origine de l'affection. Ce document est à adresser à l'Association sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur;
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Général du département de résidence de l'adhérent relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001;
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte



# CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

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 ou curatelle, etc.) ;

- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat ;
- toute autre pièce, demande ou formulaire réclamé à l'adhérent.

**3.3.2** L'Assureur aura toujours la possibilité de faire vérifier l'état de dépendance de l'adhérent par le médecin de son choix et/ou de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires, tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation. En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision comme décrit au paragraphe 2.8.4.

## 3.4 Modalités de versement des prestations

**3.4.1** 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 le bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance énoncés au paragraphe 3.1.2, sa rente est suspendue. Si l'état de l'adhérent au contrat justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de carence.

Au décès du bénéficiaire ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé prorata temporis.

**3.4.2** La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, adressé à l'Assureur.

## 3.5 Modification de la situation de l'adhérent

L'adhérent bénéficiant de la rente dépendance ou son représentant, doit déclarer à l'Association de sa propre initiative, tout changement concernant : l'évolution de son état de santé, la suppression de prise en charge par la Sécurité sociale ou le changement du lieu de vie (domicile, unité de long séjour, unité de cure médicale, établissement hospitalier pour personnes âgées, etc.).

## 6. Convention spéciale

Par dérogation à l'article 2.1, les règles suivantes sont appliquées pour l'adhésion au présent contrat des membres participants et membres bénéficiaires déjà inscrits au contrat PREMIO M012.

A la date de prise d'effet du contrat, les adhérents visés à l'alinéa ci-dessus sont couverts au titre de la garantie Dépendance sans condition d'âge, ni sélection médicale.

Seuls les sinistres survenus à partir de la date de prise d'effet du contrat seront couverts au titre du contrat AMMPAN Dépendance.



MFPPrévoyance - 62, RUE JEANNNE D'ARC - 75640 PARIS CEDEX 13

TÉL. (33) 01 40 77 52 52 - FAX (33) 01 45 82 01 43 [HTTP://WWW.MFPSERVICES.FR](http://www.mfpservices.fr)

SOCIÉTÉ ANONYME, AU CAPITAL DE 53 153 000 EUROS, IMMATRICULÉE SOUS LE N° SIREN 507 648 053 RCS

