

**NOTICE D'INFORMATION
RELATIVE AU CONTRAT**

AMMPAN DÉCÈS

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

A effet du 1^{er} 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'adhérent est le membre participant de l'Association tel que défini dans 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.3.2 L'accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'adhérent 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.

L'accident de la circulation est celui dont l'assuré est victime :

- > au cours d'un trajet à pied, sur une voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton,
- > à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau lorsque l'accident affecte le moyen de transport utilisé.

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

2. Règles communes

2.1 Adhésion au contrat

2.1.1 Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion au contrat sont fonction de l'âge du membre de l'Association Souscriptrice au moment de sa demande d'adhésion :

Pour le membre participant :

L'adhésion a lieu sans formalité médicale si le membre de l'Association Souscriptrice répond aux conditions cumulatives suivantes:



DISPOSITIONS COMMUNES

- être membre participant ou membre bénéficiaire de l'Association Souscriptrice,
- être âgé de moins de 50 ans,
- être membre de la Mutuelle du Personnel de l'Assemblée Nationale (MPAN) depuis moins de trois (3) mois.

Si le membre de l'Association Souscriptrice ne répond pas aux conditions énoncées ci-dessus, l'adhésion est alors soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le candidat au questionnaire de santé et de toutes autres pièces demandées par le médecin conseil.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de trois mois à compter de la date de la signature apposée par le candidat à l'assurance.

Au terme de l'examen du dossier médical du candidat et suivant les règles d'adhésion à l'Association telles qu'annexées au présent contrat, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve son entrée dans l'assurance,
- accepter son entrée dans l'assurance avec des exclusions partielles,
- accepter son entrée dans l'assurance sous réserve d'une tarification spécifique de garantie,
- ajourner sa décision,

Pour le membre bénéficiaire :

L'adhésion au contrat a lieu sans formalité médicale pour le membre bénéficiaire si :

- il est âgé de moins de 50 ans, marié ou pacsé au membre participant et qu'il demande son adhésion simultanément avec celle du membre participant, lui-même membre de la Mutuelle du Personnel de l'Assemblée Nationale (MPAN) depuis moins de trois (3) mois,
- il est âgé de moins de 50 ans, et formule sa demande d'adhésion dans l'année qui suit son mariage ou son PACS avec le membre participant,

Au défaut, le membre bénéficiaire devra remplir un questionnaire de santé.

2.1.2 Demande d'adhésion

L'Association fait établir par le candidat une demande d'adhésion au contrat, par laquelle il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d'information et indique les bénéficiaires du capital « décès ».

Cette demande d'adhésion est datée et signée par le candidat à l'adhésion au contrat.

Si cette demande d'adhésion est formalisée au moyen du bulletin d'inscription de l'Association Souscriptrice, la formulation dudit bulletin doit être approuvée par l'Assureur

Lors de l'adhésion au contrat, l'adhérent doit régler d'avance trois mensualités de cotisation.

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 direct de l'Association.

Exception :

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

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

Sauf disposition contraire précisée dans les Dispositions Communes ou les Caractéristiques Spécifiques des garanties, la prise d'effet de l'adhésion au contrat vaut pour toutes les garanties souscrites précisées auxdites Caractéristiques Spécifiques des garanties.



DISPOSITIONS COMMUNES

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

Le renouvellement des garanties est annuel à la date du 1er 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 :

- versement du capital au titre de la garantie invalidité permanente absolue,
- décès de l'adhérent au contrat, au jour du décès,
- perte de la qualité de membre participant ou de membre bénéficiaire de l'Association Souscriptrice, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité quel qu'en soit le motif (démission, radiation ou exclusion du membre participant direct de l'Association Souscriptrice),
- non paiement de sa cotisation, conformément à la procédure déterminée à l'article L. 113-3 du Code des Assurances,
- défaut de couverture (l'adhérent n'est plus couvert par aucune garantie du contrat), au jour de la prise d'effet de la fin de la couverture,
- résiliation du contrat conclu entre l'Association et l'Assureur, au jour de la prise d'effet de la résiliation,
- Au plus tard, au 31 décembre de l'année suivant le 65^{ème} anniversaire de l'adhérent pour la garantie « Invalidité Permanente Absolue » ,
- Au plus tard, au 31 décembre de l'année suivant le 67^{ème} anniversaire de l'adhérent pour la garantie « Décès », à défaut de prorogation du contrat par l'adhérent pour cinq ans sans formalité médicale,
- Au plus tard, au 31 décembre de l'année suivant le 72^{ème} anniversaire de l'adhérent si la faculté de prorogation pour la garantie « Décès » a été exercée.

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, tant lors de l'inscription qu'au cours du 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 l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ce cas et 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 le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

2.3 Suspension des garanties

N'ouvrent plus droit au bénéfice des garanties du présent contrat, sauf à ce que l'adhésion de l'adhérent à l'Association soit maintenue et les cotisations correspondantes versées :

- Les fonctionnaires en situation de mise à disposition (auprès d'une autre administration),
- Les fonctionnaires en position de détachement,
- Les personnels mis en disponibilité.



DISPOSITIONS COMMUNES

La suspension du versement des cotisations et du bénéfice des prestations intervient au 1^{er} jour du mois qui suit l'un des événements cités ci-dessus.

A l'issue de la période de suspension, l'adhérent bénéficie à nouveau des garanties du contrat aux conditions d'adhésion prévues au paragraphe 2.1.1.

2.4. Base de calcul des Cotisations (Assiette).

A l'adhésion, le membre de l'Association Souscriptrice choisit un montant de capital optionnel fixé en annexe du présent contrat, correspondant à l'assiette de cotisation.

La cotisation annuelle est calculée par l'application à cette assiette de cotisation d'un taux déterminé en fonction de l'âge de l'assuré au renouvellement du contrat.

2.5 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre de ce contrat sont versées directement aux bénéficiaires sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés aux Conditions Générales ou sur ladite demande.

2.6 Forclusion et prescription

2.6.1 A défaut de délai mentionné dans les Caractéristiques Spécifiques des Garanties, 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.

Ces délais courent à partir du moment où le bénéficiaire a connaissance de l'évènement 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 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.

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

2.7 Contrôle médical et conciliation

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 prestations 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.

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.



DISPOSITIONS COMMUNES

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois 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 expert 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.**

2.8 Risques exclus

2.8.1 D'une façon générale, l'Assureur ne prend pas en charge les risques résultant :

- du suicide de l'adhérent survenant dans les 12 mois suivant l'admission dans l'assurance. 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.
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'adhérent dès lors que ce bénéficiaire a été condamné, le contrat produisant ses effets au profit des autres bénéficiaires,
- du fait intentionnel de l'adhérent causé ou provoqué par l'assuré ou les bénéficiaires;
- du fait de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminés par la Législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en tant de guerre.
- du fait de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection 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,
- de compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, de compétitions à titre professionnel.

A l'exception des personnes ayant une licence sportive officielle relative à la pratique des sports désignés ci-dessous, l'Assureur ne prend pas en charge les risques résultant :

- de vol sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- de vol sur aile volante, ULM, delta- plane,
- de la pratique de parapente.

2.8.2 En ce qui concerne la garantie Invalidité Permanente et Absolue, outre les exclusions énumérées ci-dessus, l'Assureur ne prend pas en charge les invalidités constatées antérieurement au premier jour du 13^{ème} mois suivant la prise d'effet du contrat.



3. Garantie Décès

3.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit en cas de décès, le paiement d'un capital choisi par le membre de l'Association Souscriptrice entre plusieurs montants optionnels fixés aux conditions particulières du contrat.

Le capital garanti est doublé en cas de décès dû à un accident et triplé s'il s'agit d'un accident de la circulation.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombe au bénéficiaire.

Au-delà de 67 ans, les adhérents peuvent rester garantis en cas de décès jusqu'au 31 décembre suivant leur 72^{ème} anniversaire, après accord écrit de l'adhérent.

Le capital souscrit sera choisi lors de l'adhésion et conformément à l'Article 1 de l'annexe ci-dessous.

Le versement par anticipation du capital au titre de la garantie « Invalidité Permanente Absolue » met fin à la garantie « Décès ».

3.2 Modification du montant du capital garanti

Les modifications du montant du capital garanti doivent être adressées à l'Association Souscriptrice. Elles interviennent au 1^{er} jour de chaque mois.

Les diminutions de garanties ne sont soumises à aucune condition particulière.

Les augmentations de garanties seront acceptées sans formalité médicale lorsqu'aucune autre augmentation de garantie n'a encore été accordée à l'assuré si :

- le membre de l'Association Souscriptrice a moins de 50 ans ou lorsque :
- l'augmentation de garantie est demandée dans un délai de six mois suivant le mariage du membre de l'Association Souscriptrice ou la naissance d'un enfant.

Cette augmentation est limitée à la classe immédiatement supérieure.

Dans tous les autres cas, l'augmentation de garantie est subordonnée au résultat favorable d'un contrôle médical.

Au terme de l'examen du dossier médical du candidat, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve l'augmentation de la garantie,
- accepter avec une tarification spécifique des garanties,
- accepter l'augmentation avec des exclusions partielles,
- ajourner sa décision,
- refuser l'augmentation.

3.3 Bénéficiaires du capital « décès »

Les bénéficiaires sont ceux désignés par l'adhérent.

A l'inscription, l'adhérent a le choix entre deux formules :

- la formule générale suivante :
« au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
à défaut au partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
à défaut aux descendants vivants ou représentés ;
à défaut aux ascendants ;
à défaut aux héritiers conformément aux principes du droit des successions.»



- ou toute formule particulière différente, à utiliser notamment lorsque l'adhérent souhaite désigner nommément une personne comme bénéficiaire (indiquer les nom, prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

A défaut du choix d'une formule particulière, la formule générale s'applique.

Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'adhérent 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.

3.4 Formalités en cas de sinistre

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

- un acte de décès de l'adhérent,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- le bulletin d'adhésion lorsque le décès est intervenu moins de 12 mois après l'adhésion au contrat,
- toute justification utile de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires,
- le cas échéant, le document prouvant le lien de cause à effet entre le sinistre et l'accident.
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives supplémentaires à la constitution du dossier sont à la charge de l'assureur.

4. Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

4.1 Objet de la garantie

4.1.1 L'Assureur garantit le versement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) au profit de l'adhérent au contrat, suite à la reconnaissance de son état d'Invalidité Permanente et Absolue jusqu'au jour de son 65ème anniversaire.

La prestation consiste à verser par anticipation le capital de la garantie « Décès » comme prévu aux Conditions Générales Décès ainsi qu'aux Conditions Particulières. Ce versement met fin à la garantie « Décès ».

La prestation n'est garantie qu'après un délai de carence de douze (12) mois ininterrompus d'assurance.

Le capital garanti est doublé en cas d'invalidité permanente et absolue due à un accident et triplé s'il s'agit d'un accident de la circulation.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'invalidité permanente et absolue de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombe au bénéficiaire.

4.1.2 Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue :

Est considéré comme atteint d'Invalidité Permanente et Absolue, l'adhérent qui est définitivement incapable d'exercer le moindre travail ou la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige à recourir **viagèrement** à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.



4.2 Formalités en cas de sinistre

4.2.1 Les demandes de règlement doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- l'imprimé IPA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'adhérent au contrat attestant que celui-ci est définitivement incapable d'exercer le moindre travail ou la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige à recourir **viagèrement** à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- une photocopie certifiée conforme de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'adhérent ou son représentant légal,
- si l'assuré est assujéti au régime général de la Sécurité sociale, il produira une attestation délivrée par cet organisme reconnaissant un état d'invalidité,
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives supplémentaires à la constitution du dossier sont à la charge de l'assureur.

4.2.2 Sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à laquelle l'adhérent au contrat cesse d'être couvert par cette garantie.

4.2.3 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites au paragraphe 2.8 des Dispositions Communes.

5. Dispositions complémentaires

5.1 Exclusions de couverture en cas de suicide

Il est rappelé que l'Assureur ne prend pas en charge les décès, résultant du suicide de l'adhérent au contrat survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion au contrat.

Ce délai peut être acquis au titre du contrat d'origine CNP n°0125L.

5.2 Clause bénéficiaire

Par dérogation au paragraphe 3.3 des Caractéristiques spécifiques à la garantie Décès, la désignation de bénéficiaires retenue est :

- à défaut, toute désignation (formule particulière ou formule générale) utilisée par l'adhérent dans le cadre du contrat AMMPAN Décès,
- à défaut, toute désignation (formule particulière ou formule générale) utilisée par l'adhérent dans le cadre du contrat d'origine CNP n° 0125L.
- à défaut la formule générale prévue au paragraphe 3.3 des Caractéristiques spécifiques à la garantie Décès.



6. Convention spéciale

6.1 Adhésions

A la date de prise d'effet du présent contrat tous les adhérents de l'Association garantis au titre du contrat d'origine CNP N° 0125L, adhèrent obligatoirement au présent contrat. Cette adhésion s'effectue sans condition d'âge ni sélection médicale. L'ensemble des restrictions, aussi bien de pathologies que de garanties acceptées par l'adhérent dans son adhésion précédente, sont reprises à l'identique dans le présent contrat.

6.2 Délai de carence

Il est rappelé qu'un délai de carence de 12 mois ininterrompu d'assurance est imposé pour la prise en charge de la garantie « Invalidité Permanente Absolue » par l'Assureur.

Ce délai peut être acquis au titre du contrat d'origine CNP n°0125L.

La présente annexe s'applique conformément aux Dispositions Communes et aux Caractéristiques Spécifiques à chaque garantie définie dans la notice d'information du contrat AMMPAN Décès.



MFPRÉVOYANCE - 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



ANNEXE : VALEURS 2009

Article . 1. Garantie Décès

(Référéncée aux Conditions générales Décès ci-dessus)

A l'adhésion, le membre participant de l'Association Souscriptrice choisit un capital parmi ces montants suivants:

- A : 15 000 €,
- B : 30 000 €,
- C : 45 000 €,
- D : 60 000 €,
- E : 75 000 €,
- F : 90 000 €,
- G : 105 000 €,
- H : 120 000 €.

A partir du 1^{er} janvier du 68^{ème} anniversaire de l'adhérent, le capital garanti ne pourra être supérieur à 75 000 €.

Les adhérents étant membres de l'Association en qualité de membre bénéficiaire ne pourront pas choisir un capital de plus de 45 000 €.

Article . 2. Garantie Invalidité Permanente et Absolue

(Référéncée aux Conditions générales Invalidité Permanente et Absolue ci-dessus)

Le montant du capital est identique à celui de la garantie Décès défini ci-dessus.

Article . 3. Barème de cotisation

Le taux de cotisation varie selon l'âge au 1^{er} janvier de l'adhérent.

TAUX en %	TRANCHE D'AGE
0,22	de 0 à 34 ans
0,34	de 35 à 44 ans
0,57	de 45 à 59 ans
0,77	de 60 à 66 ans
1,90	de 67 à 72 ans



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