

Assurance Complémentaire Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399 et MGEN Vie n° SIREN 441 922 002 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité



Produit : MGEN DUO

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

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

MGEN DUO est destinée à attribuer au membre participant un complément de revenus en cas d'arrêt de travail, une rente en cas d'invalidité ou de perte de retraite (optionnelle) ou un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations figurent dans le Règlement Mutualiste (1 niveau).

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Incapacité** : Complément de revenus en cas d'arrêt de travail.

Taux appliqué au traitement mensuel net déduction des ressources : 85% + les primes et indemnités incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de 20% de leur montant net.

Pour les Membres Participants actifs

✓ **Invalidité** : Versement d'une rente en cas d'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail survenu pendant la période d'adhésion :

- Pour les agents affiliés à la Caisse Nationale de Retraites des Agents et des Collectivités Locales (CNRACL) mis à la retraite pour invalidité ;

- Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale si taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens du Code de la Sécurité sociale ou taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Taux appliqué au traitement indiciaire net mensuel sous déduction des ressources : 65% + les primes et indemnités incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de 20% de leur montant net.

Pour les Membres Participants actifs

✓ **Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : Paiement d'un capital en cas de décès ou de PTIA.

Taux appliqué au traitement indiciaire brut annuel : 15% + les primes et indemnités incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de 20% de leur montant net annuel.

Majoration pour enfant à charge le cas échéant de 1 500€ maximum par enfant dans la limite de 2 enfants.

Pour les Membres Participants actifs et Membres Participants retraités

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Perte de retraite** :

Versement d'une rente viagère en cas de retraite anticipée consécutive à une invalidité survenue avant 62 ans.

Taux appliqué à la perte de retraite.

95% de la perte de retraite.

Pour les Membres Participants actifs et Membres Participants retraités.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les conséquences d'un fait générateur antérieur à l'adhésion ;
- ✗ Les conséquences d'un fait générateur intervenant pendant le délai d'attente ne sont pas couvertes.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! **Garanties Incapacité, Invalidité et Perte de Retraite** : voir exclusions prévues au Règlement Mutualiste.

! **Garantie Décès/PTIA** :

Le suicide intervenant lors de la 1^{ère} année d'assurance est exclu ;

Le meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant en cas de condamnation pénale ;

Des faits de guerre étrangère lorsque la France est belligérante sous réserves des conditions assurantielles sur la vie en temps de guerre.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! Délais d'attente applicables selon les conditions prévues au Règlement Mutualiste : Incapacité et Invalidité.

! **Incapacité** :

Prise en charge à compter du demi-traitement ;

Indemnisation de 1095 jours maximum ;

Versement jusqu'au 67^{ème} anniversaire.

! **Invalidité** :

Montant plafond : rente au plus égale à 20% du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge ;

Versement jusqu'au 62^{ème} anniversaire.

! **Décès/PTIA** :

Capital versé jusqu'au 66^{ème} anniversaire ;

Le versement de la prestation PTIA met fin à la garantie décès, y compris la majoration pour enfant à charge.

! **Perte de retraite** :

Questionnaire médical soumis à l'acceptation du Médecin Conseil de la Mutuelle ;

Versement de la perte de retraite consécutive à une invalidité à partir du 62^{ème} anniversaire.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la Mutuelle ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) et les compléments de cotisation des éventuels bénéficiaires prévus au contrat ;
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Les demandes de prestations doivent être formulées par l'adhérent dans un délai de 2 ans maximum à compter de l'évènement qui ouvre droit à la garantie (voir conditions prévues à la notice d'information), à l'exception de la garantie Décès/PTIA, pour laquelle la demande de capital décès par le(les) bénéficiaire(s) doit être effectuée en respectant le délai de prescription de 30 ans suivant le décès.
- Informer la Mutuelle des évènements listés dans les 30 jours suivants, et fournir les justificatifs le cas échéant :
 - Changement de situation personnelle : adresse, naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès ;
 - Changement de situation au regard du régime obligatoire d'assurance maladie ;
 - Changement de situation professionnelle : cessation ou reprise d'activité, suspension ou nouveau contrat de travail, modification des ressources si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations.Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations annuelles sont payables à la date indiquée sur l'échéancier de cotisations.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement mensuel sur salaire ou pension, par prélèvement mensuel sur compte bancaire ou en une seule fois par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée, au plus tôt, au lendemain de la demande, soit le lendemain de la réception par MGEN du dossier signé et complet, ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1^{er} jour du 7^{ème} mois, à compter de la demande. Elle est indiquée sur le courrier notifiant l'adhésion.

L'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 30 jours, à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de son adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an. Il se renouvelle annuellement, par tacite reconduction, à sa date d'échéance fixée au 31 décembre, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, pour vous et vos éventuels bénéficiaires :

- À la date d'échéance annuelle du contrat, fixée au 31 décembre, si la demande est faite au plus tard le 31 octobre ;
- Au 1^{er} jour du mois suivant la demande, en cas de souscription d'un contrat groupe obligatoire ;
- En cours d'année, un mois après la réception de la demande, si vous justifiez d'un an d'ancienneté (condition d'ancienneté non exigée pour vos éventuels bénéficiaires) à compter de la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

Vous pouvez adresser votre demande de démission à la Mutuelle : par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou au sein d'une section départementale, par acte extrajudiciaire, ou lorsque l'adhésion a été conclue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399 et MGEN Vie n° SIREN 441 922 002 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.



Produit : MGEN DUO

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

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

MGEN DUO est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française ou via une intervention de la Mutuelle seule. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations figurent dans le Règlement mutualiste. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge sauf si vous recourrez aux équipements relevant des paniers définis par le dispositif réglementaire dit « 100% Santé », en dentaire, optique et audiologie.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ Hospitalisation et maternité :

Dépassements d'honoraires, frais de séjour, chambre particulière, forfait journalier, transport et frais d'accompagnement

✓ Soins courants et prescriptions médicales :

Honoraires médecins, analyses et examens de laboratoire, radiologie, honoraires paramédicaux, médicaments, matériel médical remboursés par la Sécurité sociale

✓ Optique :

Lunettes, lentilles et chirurgie réfractive

✓ Dentaire :

Soins conservateurs, prothèses, orthodontie remboursés et non remboursés par la Sécurité sociale et implantologie

✓ Aides auditives :

Audioprothèse, entretien, réparation.

Ces garanties sont complétées d'allocations d'action sociale et solidaire.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens, audioprothésistes et établissements hospitaliers.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les frais de traitement et opérations de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- ✗ Les frais de séjour facturés par les établissements d'hébergement médico-sociaux.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (une monture et 2 verres) par période de :
 - 2 ans pour un bénéficiaire de 16 ans et plus, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue ;
 - 1 an pour un bénéficiaire de moins de 16 ans.Certaines situations dérogatoires peuvent donner lieu à un renouvellement anticipé.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans les collectivités d'outre-mer (COM) et à l'étranger ;
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français quelle que soit la dépense engagée ;
- ✓ A l'étranger, les séances d'ostéopathie, de chiropraxie et de psychothérapie ne sont pas prises en charge.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la Mutuelle ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) et les compléments de cotisation des éventuels bénéficiaires prévus au contrat ;
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou, le cas échéant de la facture.
- Informer la Mutuelle des événements listés dans les 30 jours suivants, et fournir les justificatifs le cas échéant :
 - Changement de situation personnelle : adresse, naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès ;
 - Changement de situation au regard du régime obligatoire d'assurance maladie ;
 - Changement de situation professionnelle : cessation ou reprise d'activité, suspension ou nouveau contrat de travail, modification des ressources si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations.Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations et compléments de cotisation annuels sont payables à la date indiquée sur l'échéancier de cotisations. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement mensuel sur salaire, par prélèvement mensuel sur compte bancaire ou par chèque semestriellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée, au plus tôt, au lendemain de la demande, soit le lendemain de la réception par MGEN du dossier signé et complet, ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1^{er} jour du 7^{ème} mois, à compter de la demande. Elle est indiquée sur le courrier notifiant l'adhésion.

L'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 30 jours, à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de son adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an. Il se renouvelle annuellement, par tacite reconduction, à sa date d'échéance fixée au 31 décembre, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, pour vous et vos éventuels bénéficiaires :

- À la date d'échéance annuelle du contrat, fixée au 31 décembre, si la demande est faite au plus tard le 31 octobre ;
- Au 1^{er} jour du mois suivant la demande, en cas de souscription d'un contrat groupe obligatoire ;
- En cours d'année, un mois après la réception de la demande, si vous justifiez d'un an d'ancienneté (condition d'ancienneté non exigée pour vos éventuels bénéficiaires) à compter de la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

Vous pouvez adresser votre demande de démission à la Mutuelle : par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou au sein d'une section départementale, par acte extrajudiciaire, ou lorsque l'adhésion a été conclue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Votre demande de démission peut également être adressée à la Mutuelle par l'organisme auprès duquel vous souhaitez souscrire un nouveau contrat.