

Assurance Complémentaire Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. IMA ASSURANCES, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le n° SIREN 481 511 632. Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Produit : MGEN International Santé Prévoyance (MISP)



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 International Santé Prévoyance est destinée à attribuer un complément de revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité pour les personnes couvertes au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, des prestations en cas de dépendance ou de perte d'autonomie et un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations varient selon le statut de l'adhérent. Le détail et les conditions figurent dans le Règlement mutualiste.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Allocations journalières** : complément de revenus en cas d'arrêt de travail : 77% de l'assiette moyenne utilisée pour le calcul des cotisations des 12 mois précédant la perte de traitement sous déduction des ressources.
- ✓ **Allocations d'invalidité** : prestation versée en cas de retraite pour invalidité ou d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3. Prestation temporaire puis versement d'un capital l'année des 70 ans. Taux de garantie appliqué au salaire de référence sous déduction des ressources :
Invalidité Permanente Partielle (taux d'invalidité inférieur à 60 % ou catégorie 1 d'invalidité) : 2/3 de 70% ;
Invalidité Permanente Totale (taux > = 60% ou catégorie 2, 3 d'invalidité) : 70%.
Capital à l'entrée si la prestation est < 1 200€ annuels.
- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) / Décès** : versement en cas de PTIA ou d'un capital en cas de décès. Majoration pour enfant à charge éventuelle. Taux appliqué à l'assiette de cotisation annuelle : 85% + 25 % (majoration enfant) pour les actifs ou montant forfaitaire en cas de Cessation Temporaire d'Activité ou en cas de mise à la retraite.
- ✓ **Perte temporaire d'autonomie (PTA)** : versement d'une prestation à hauteur de 400€/ trimestre. Pour les MP actifs, maintenus CTA, associés et bénéficiaires conjoints.
- ✓ **Dépendance totale** : versement d'une rente viagère en cas de situation de dépendance totale : 120€ /mois + 500€ par an si maintien à domicile.
Pour les MP actifs, maintenus CTA, associés, retraités et bénéficiaires conjoints.

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Service d'aide à domicile

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Transport sanitaire en cas de maladie ou d'accident corporel ;
- ✓ Accompagnement d'un proche bénéficiaire en cas de transport sanitaire ;
- ✓ Orientation médicale dans les Réseaux hospitaliers agréés à travers le monde ;
- ✓ Conseils médicaux (télé médecine...).

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.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! Décès :

- 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 applicable pour les prestations Allocations journalières, Allocations d'invalidité et Dépendance totale.
- ! **Allocations journalières** : non prise en charge du jour de carence Fonction publique.
Tout nouveau fait générateur doit faire l'objet d'une reprise d'activité de 30 jours minimum.
Pas d'indemnisation pendant la période à plein traitement.
- ! **Allocations d'invalidité** : Prestation temporaire plafonnée à 20 000 € annuels.
- ! **PTIA / Décès** : le versement de la prestation PTIA met fin à la garantie décès.
L'assiette de cotisation servant au calcul de la prestation est limitée à celle correspondant à l'assiette de cotisation reconstituée à partir du taux et de la cotisation plafond.
- ! **Perte temporaire d'autonomie** : la prise en charge est accordée à l'issue d'un délai de franchise de 30 jours continus et limitée à 4 trimestres.
- ! **Dépendance totale** : la prise en charge est accordée à l'issue d'un délai de franchise continue de 90 jours.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ A l'étranger, dans les collectivités d'outre-mer (COM) et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), sous réserve de remplir les conditions de rattachement à la Section Extra Métropolitaine (SEM).



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 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 compte bancaire, prélèvement mensuel sur pension ou paiement en ligne via l'Espace personnel de l'adhérent.



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, par voie électronique 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 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. IMA ASSURANCES, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le n° SIREN 481 511 632. Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Produit : MGEN International Santé Prévoyance (MISP)



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 International Santé Prévoyance est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française ou de tout organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM) intervenant en premier niveau pour les frais de santé ou via une intervention de la Mutuelle seule. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

A l'étranger et dans les collectivités d'outre-mer (COM), les montants des prestations sont soumis à des plafonds de prises en charge qui peuvent varier en fonction de l'offre choisie (3 niveaux), à laquelle s'ajoute une couverture pour les soins en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), et qui figurent dans le Règlement mutualiste. Les sommes versées ne peuvent pas être plus élevées que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge après intervention de la Mutuelle sauf si vous recourez 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 :

- Honoraires, frais de séjour, chambre particulière, forfait journalier, transport et frais d'accompagnement ;
- Dépassements d'honoraires.

✓ Soins courants et prescriptions médicales :

- Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments, matériel médical ;
- Dépassements d'honoraires.

✓ Optique :

- Lunettes et lentilles ;
- Chirurgie réfractive.

✓ Dentaire :

- Soins conservateurs, prothèses et orthodontie ;
- Implantologie.

✓ Aides auditives :

- Audioprothèse, entretien, réparation ;

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens et audioprothésistes et établissements hospitaliers, en France métropolitaine et dans les DROM.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Transport sanitaire en cas de maladie ou d'accident corporel ;
- ✓ Accompagnement d'un proche bénéficiaire en cas de transport sanitaire ;
- ✓ Orientation médicale dans les Réseaux hospitaliers agréés à travers le monde ;
- ✓ Conseils médicaux (télé médecine...).

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, les frais de traitement ou opérations ou cures de rajeunissement ou d'amaigrissement, les cures thermales non motivées médicalement (dont la thalassothérapie) ;
- × Les frais de séjour facturés par les établissements d'hébergement médico-sociaux français ou équivalent à l'étranger ou dans les collectivités d'outre-mer.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

En France métropolitaine et les DROM :

- ! 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

Quel que soit le lieu d'achat :

- ! **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.

A l'étranger et dans les COM :

- ! Plafond global (incluant la part OPAM + Mutuelle) :
 - MGEN Ambre : 100 000€ / année civile ;
 - MGEN Cyan : 200 000€ / année civile ;
 - MGEN Magenta : 300 000€ / année civile ;
 - MGEN Outremer : 200 000€ / année civile.



Où suis-je-couvert(e) ?

- ✓ A l'étranger, dans les collectivités d'outre-mer (COM) et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), sous réserve de remplir les conditions de rattachement à la Section Extra Métropolitaine (SEM) ;
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



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 l'organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM) intervenant en premier niveau pour les frais de santé 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 de l'organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM) intervenant en premier niveau pour les frais de santé ;
 - 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 compte bancaire, prélèvement mensuel sur pension ou paiement en ligne via l'Espace personnel de l'adhérent.



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, par voie électronique 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.