

Assurance Complémentaire Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399, MGEN Vie n°441 922 002 – Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Harmonie Mutuelle n° SIREN 538 518 473- Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 444 269 682.

Produit : MGEN Ministères Sociaux (MMS)

mgen

GRUPE vyv

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 Ministères Sociaux permet le versement d'un complément de revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité et un capital en cas d'Invalidité permanente et absolue (IPA) ou de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations varient en fonction de l'offre choisie (4 niveaux) par le Membre Participant actif. Le détail et les conditions figurent dans le Règlement mutualiste.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Incapacité temporaire de travail (ITT)** : complément de revenus en cas d'arrêt de travail ;
Prévoyance Base à Prévoyance 3 : 75 % à 95 % du salaire de référence sous déduction des ressources.
- ✓ **Invalidité** : complément de revenus en cas de mise en retraite pour invalidité, obtention d'une allocation invalidité temporaire ou d'une pension d'invalidité au sens du Code de la Sécurité sociale, sous déduction des ressources.
 - Invalidité permanente partielle (IPP) : Taux d'invalidité compris entre 33 % et 66 % ;
Prévoyance 1 à Prévoyance 3 : 55 % à 75 % du salaire annuel de référence x N (taux d'invalidité) / 66 ;
 - Invalidité permanente totale (IPT) : taux d'invalidité supérieur à 66 % ;
Prévoyance 1 à Prévoyance 3 : 55 % à 75 % du salaire annuel de référence.
- ✓ **Invalidité permanente absolue (IPA)/Décès** : versement d'un capital en cas de décès ou d'IPA, selon les conditions définies au Règlement Mutualiste.
Offres Prévoyance Base à Prévoyance 3 respectivement : 70%, 100%, 130%, 200% du salaire annuel de référence (avec majoration par enfant à charge de 5 000 € pour l'offre Prévoyance 3).

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Garde ou transfert de l'enfant en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation temporaire au domicile, aide en cas de mobilité professionnelle ;
- ✓ Service d'information juridique ;
- ✓ Accompagnement pour la gestion et l'analyse du budget en cas de situations délicates ;
- ✓ Accompagnement pour préparer le passage à la retraite.

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.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! **Invalidité permanente et absolue (IPA)/Décès** :
Le suicide intervenant lors de de la 1^{ère} année d'assurance est exclu ;
Autres exclusions prévues au sein du Règlement mutualiste.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Incapacité temporaire de travail (ITT)** : Le jour de carence Fonction publique n'est pas pris en charge ;
Pas d'indemnisation pendant la période à plein traitement ;
La prestation cesse d'être versée à l'âge légal de départ à la retraite.
- ! **Invalidité** : la prestation cesse d'être versée à l'âge légal de départ à la retraite.
- ! **Invalidité permanente et absolue (IPA)/Décès** : Le versement de la prestation IPA met fin à la garantie décès.



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



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
- Concernant la Prestation invalidité décès, la demande de capital décès par le/les bénéficiaires doit être effectuée en respectant le délai de prescription de 30 ans suivant le décès.
En revanche, pour toutes les autres demandes de prestation, celles-ci 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 au Règlement Mutualiste).
- 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 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 prestationsCe 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 ou pension, ou par prélèvement mensuel sur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée au 1er jour suivant la demande ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1er jour du 7ème 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 ;
- En cours d'année, un mois après la réception de la demande, si vous justifiez d'un an d'ancienneté 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. Harmonie Mutuelle n° SIREN 538 518 473- Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 444 269 682.

Produit : MGEN Ministères Sociaux (MMS)



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 Ministères Sociaux 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. L'offre respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction de l'offre choisie (4 niveaux + un niveau surcomplémentaire), et figurent dans le Règlement mutualiste. Une somme peut rester à votre charge 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, forfait journalier, transport et frais d'accompagnant : *Toutes offres*
- Dépassement d'honoraires, chambre particulière : *Santé 1, Santé 2 et Santé 3*

✓ Soins courants et prescriptions médicales :

- Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, actes d'anatomie et de cytologie biologique, honoraires paramédicaux, médicaments, matériel médical remboursés par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Dépassements d'honoraires : *Santé 1, Santé 2 et Santé 3*

✓ Optique :

- Lunettes et lentilles : *Toutes offres*
- Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale : *Santé 1, Santé 2 et Santé 3*

✓ Dentaire :

- Soins conservateurs, prothèses, orthodontie et implantologie remboursés par la Sécurité sociale, orthodontie et implantologie non remboursées par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : *Santé 1, Santé 2 et Santé 3*

✓ Aides auditives :

- Audioprothèse, entretien, réparation : *Toutes offres.*

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

LA GARANTIE OPTIONNELLE

Niveau surcomplémentaire (avec *Santé 1, Santé 2, Santé 3*)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Garde ou transfert de l'enfant en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, aide en cas de mobilité professionnelle ;
- ✓ Service d'information juridique ;
- ✓ Accompagnement pour la gestion et l'analyse du budget en cas de situations délicates ;
- ✓ Accompagnement pour préparer le passage à la retraite.

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

- ! **Chambre particulière** : limitation de durée pour des chambres particulières en soins de suite et de réadaptations et psychiatrie
- ! **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 ansCertaines 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



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 ou pension, ou par prélèvement mensuel sur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée au 1er jour suivant la demande ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1er jour du 7ème 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 ;
- En cours d'année, un mois après la réception de la demande, si vous justifiez d'un an d'ancienneté 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.

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