

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 Alternative Santé Prévoyance (MASP)

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 Alternative Santé Prévoyance 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 (3 niveaux) par l'adhérent et figurent dans le Règlement mutualiste.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Incapacité temporaire de travail (ITT) :**
Complément de revenus en cas d'arrêt de travail.
Prévoyance 1 à 3 : 75% à 95% du salaire annuel de référence sous déduction des ressources.
- ✓ **Invalidité :**
Prestation versée en cas de mise à la retraite pour invalidité ou de l'obtention d'une allocation d'invalidité ou d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 au sens du Code de la Sécurité sociale.
Prévoyance 1 à 3 : 50% à 75% du salaire annuel de référence sous déduction des ressources.
- ✓ **Invalidité permanente et absolue (IPA)/Décès :**
Versement de l'IPA selon les conditions définies au Règlement Mutualiste ou d'un capital en cas de décès.
Taux appliqué au salaire annuel de référence.
Offres Prévoyance 1 à 3 : 90% à 100%.

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

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

! Décès :

- Le suicide intervenant lors de 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

! ITT : Non prise en charge du jour de carence Fonction publique ;

- Pas d'indemnisation pendant la période à plein traitement ;
- Prise en charge jusqu'à la perception d'une pension de retraite ou de vieillesse ;
- Non prise en charge en cas de reconnaissance par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'une réduction de la capacité de travail et de gain d'au moins 2/3 ;
- Non prise en charge en cas de reprise d'activité (même à temps partiel) ou de temps partiel thérapeutique ;
- Non prise en charge en cas de mise à la retraite pour invalidité ou de placement en invalidité Sécurité sociale catégorie 1, 2 ou 3 ;
- Non prise en charge à compter de l'âge légal de départ à la retraite.

! Invalidité : La prestation cesse d'être versée en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée ;

- La prestation cesse d'être versée en cas de perception d'une pension vieillesse ;
- La prestation cesse d'être versée à l'âge légal de départ à la retraite.

! IPA : 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 ;
- 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 IPA/Décès, 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 salaire ou pension, ou prélèvement mensuel sur compte bancaire.



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 Alternative Santé Prévoyance (MASP)

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 Alternative Santé Prévoyance 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 (3 niveaux), et 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 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 :**
 - Dépassement d'honoraires, frais de séjour, chambre particulière, forfait journalier, transport et frais d'accompagnant : *Toutes offres*
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :**
 - Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments, matériel médical remboursés par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
 - Dépassements d'honoraires (médecins spécialistes) : *Offres Santé 2 et Santé 3*
- ✓ **Optique :**
 - Lunettes et lentilles : *Toutes offres*
 - Chirurgie réfractive non remboursées par la Sécurité sociale : *Offres Santé 2 et Santé 3*
- ✓ **Dentaire :**
 - Soins conservateurs, prothèses et orthodontie remboursés par la Sécurité sociale
 - Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- ✓ **Aides auditives :**
 - Audioprothèse, entretien, réparation : *Toutes offres*.

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens et 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

- ! **Hospitalisation et maternité :** plafond de couverture par personne et par année civile.
- ! **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 consultations d'ostéopathe, d'acupuncture, d'homéopathe, de diététicien, de chiropraxie et de psychothérapeute 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 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 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.