

Assurance Offre Complément Autonomie MGEN

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : CNP Assurances – société anonyme, régie par le Code des assurances et immatriculée en France - Numéro SIREN : 341 737 062

Produit : Contrat d'assurance de groupe dépendance à adhésion facultative 1094P

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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.

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

Le produit d'Assurance Offre Complément d'Autonomie a pour objet de garantir au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint du souscripteur de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, reconnu en état de dépendance totale ou partielle tel que défini dans la notice d'information, le versement d'une rente mensuelle et d'un Capital Autonomie



Qu'est-ce qui est assuré ?

La couverture ainsi que le montant des rentes et capitaux varient en fonction des garanties choisies par le membre participant. Les niveaux des prestations sont détaillés en annexe de la notice d'information.

GARANTIES PROPOSEES :

- ✓ **Dépendance totale** : L'état de dépendance totale est déterminé à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources), lorsque l'état de santé de l'assuré est classé dans l'un des groupes Iso-ressources 1 ou 2.

Est reconnu en état de dépendance totale l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

- **Groupe GIR 1** : correspond aux personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **Groupe GIR 2** : correspond aux personnes confinées au lit ou en fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.

- ✓ **Dépendance partielle** : L'état de dépendance partielle est déterminé à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources), lorsque l'état de santé de l'assuré est classé dans le groupe Iso-ressources 3.

Est reconnu en état de dépendance partielle l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans la situation suivante :

- **Groupe GIR 3** : correspond aux personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- ✓ **Capital Autonomie** : versement d'une somme forfaitaire à l'assuré pour lui permettre de couvrir les premières dépenses.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat.



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

Ne sont pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux cas suivants.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Les conséquences des tentatives de suicide ainsi que de tous faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ;
- ! Les conséquences de la participation du membre participant à des émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf dans les cas suivants de légitime défense, assistance à personne en danger).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions applicables à toutes les garanties

- ! **Délai d'attente de 3 ans pour toute dépendance consécutive à une maladie** : période démarrant à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date d'augmentation des garanties et/ou du changement de formule, pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas dépendance.

Restrictions spécifiques à certaines garanties

- ! **Délai de franchise de 90 jours** : période démarrant à la reconnaissance de l'état de dépendance à l'issue de laquelle l'assuré commence à percevoir ses prestations. La personne morale détermine les garanties concernées par ce délai de franchise ainsi que sa durée.



Où suis-je couvert(e) ?

Les garanties sont acquises dans l'Union Européenne et pour des séjours hors de l'Union Européenne n'excédant pas 90 jours par an au total (au-delà de cette durée, l'Assuré pourra demander à l'Assureur une dérogation à ce principe, qui pourra lui être accordée, en fonction de la durée de son séjour et de sa destination, moyennant paiement d'une majoration de cotisation).

Il est précisé qu'en cas de sinistre survenant hors de France, les prestations ne pourront être versées qu'à compter du retour de l'Assuré à son domicile en France, permettant l'exercice du contrôle médical.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'adhérent ou l'assuré doit :

A l'adhésion au contrat

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur ;
- Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler sa quote-part de cotisation.

En cours de contrat

- Déclarer tout changement de situation professionnelle et de domiciliation ;
- Régler sa quote-part de cotisation.

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre à l'assureur ;
- Fournir les pièces justificatives mentionnées dans la notice d'information ;
- Se soumettre à un éventuel examen médical demandé par l'assureur.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Modalités de paiement : La cotisation est appelée directement par le souscripteur auprès du membre participant. Elle est payable mensuellement à terme échu, par débit d'un compte bancaire ouvert au nom du membre participant, auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est conclue et prend effet, sous réserve du paiement de la 1ère cotisation et de la signature de la déclaration de santé soit :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion par le souscripteur ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la décision de l'assureur, lorsque l'assuré a été soumis à un questionnaire de santé.

L'adhésion est conclue pour une période allant de la date mentionnée sur l'attestation d'assurance jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle chaque année par tacite reconduction, sauf cessation de l'adhésion dans les cas prévus par les dispositions contractuelles.

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur, à l'issue d'un délai d'attente de 3 ans pour toute dépendance consécutive à une maladie. Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas de dépendance consécutive à un accident.

L'adhésion prend fin :

- en cas de renonciation par le membre participant ;
- en cas de dépendance niveau GIR 1, 2 ou 3 pendant le délai d'attente ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par le membre participant ;
- en cas de non-paiement de la cotisation par le membre participant ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion par le membre participant suite à une modification du contrat d'assurance de groupe.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier l'adhésion au contrat dans les cas prévus par la réglementation et par la notice d'information, 2 mois avant la date de renouvellement de l'adhésion, en adressant votre demande de résiliation au souscripteur par lettre recommandée avec avis de réception. En cas de modifications portées au contrat l'adhésion peut être dénoncée dans les 30 jours suivants la prise de connaissance des dites modifications.