

NATURE DU CONTRAT : La Garantie Frais Décès est un contrat individuel d'assurance sur la vie libellé en euros.

GARANTIES OFFERTES (articles 1, 7, 8.1 et 8.2) : Le contrat comprend deux garanties :

- une garantie en cas de décès de l'adhérent-assuré qui donne droit au versement d'un capital au profit du (des) bénéficiaire(s) désigné(s) ;
- une garantie d'assistance, laquelle permet d'apporter des prestations d'aide et d'assistance à l'adhérent-assuré de son vivant et au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) lors de la survenance de son décès (se reporter aux Conditions Générales d'assistance, valant Notice d'Information - convention n°RMA-MIF-01). Il ne comporte pas de garantie en capital au moins égale aux cotisations versées, nettes de frais.

PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS (article 8.4) : Il existe une participation aux excédents, égale à 85 % des produits financiers de l'année de l'actif général, diminuée des intérêts calculés au taux technique, affectée à la revalorisation des capitaux.

FACULTÉ DE RACHAT : Le contrat prévoit une faculté de rachat. Les sommes sont versées par l'Assureur dans un délai maximum de 30 jours. Les modalités de rachat, ainsi que le tableau des valeurs de rachat minimales garanties les huit premières années sont indiqués à l'article 8.3.

FRAIS (Annexe 4) :

Frais à l'entrée et sur versements :

Droits d'entrée : aucuns.

Frais sur versements : 3 %.

Frais en cours de vie du contrat : aucuns.

Frais de sortie : aucuns.

Autres frais : néant.

DURÉE DU CONTRAT (article 4.2) : Illimitée. La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale de l'adhérent-souscripteur, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. L'adhérent-souscripteur est invité à demander conseil auprès de l'Assureur.

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES (article 9) : Personne(s) désignée(s) par l'adhérent-souscripteur sur la demande de souscription et ultérieurement par avenant au contrat. Leur désignation peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de l'adhérent-souscripteur sur certaines dispositions essentielles de la Note d'Information. Il est important que l'adhérent-souscripteur lise intégralement la Note et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer la demande de souscription.

PREAMBULE : La Garantie Frais Décès n'est pas une formule de financement d'obsèques à l'avance au sens des articles L. 2223-34-1 et L. 2223-35-1 du Code Général des Collectivités Territoriales. Le cap tal décès qu'elle prévoit est forfaitaire et son montant est défini au moment même de la souscription du contrat, indépendamment du coût des prestations funéraires. Le contrat n'implique aucun choix à effectuer par l'adhérent-assuré quant à la nature et au contenu des prestations funéraires. L'adhérent-assuré a et conserve donc en la matière une totale liberté. Le capital versé au(x) bénéficiaire(s) est susceptible d'être insuffisant pour couvrir l'intégralité des frais prévisibles d'obsèques.

Article 1 : OBJET

La Garantie Frais Décès est un contrat individuel d'assurance sur la vie libellé en euros relevant de la branche 20 (Vie-Décès) de type « vie entière » à adhésion facultative et régi par le Code de la Mutualité, la présente Note d'Information valant règlement mutualiste et les Conditions Particulières. Ce contrat comprend deux garanties :

- une garantie décès, dont l'Assureur est la MIF, qui a pour objet de verser un capital fixé aux Conditions Particulières, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), lors du décès de l'adhérent-assuré, sous réserve des exclusions mentionnées à l'article 7 de la présente Note d'Information ; en cas de décès par maladie de l'adhérent-assuré au cours des douze (12) premiers mois de la souscription du contrat, le capital décès garanti n'est pas dû ; cependant, les cotisations nettes versées seront remboursées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'exception de la quote-part des cotisations afférente à la garantie d'assistance, laquelle prend fin en même temps que la garantie principale.
- une garantie d'assistance, dont l'Assureur est RMA, laquelle permet d'apporter des prestations d'aide et d'assistance à l'adhérent-assuré de son vivant et au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) lors de la survenance de son décès (se reporter aux Conditions Générales d'assistance, valant Notice d'information – convention n°RMA-MIF-01).

Article 2 : DÉFINITIONS

ADHÉRENT-SOUSCRIPTEUR : Personne physique qui adhère à la MIF et souscrit concomitamment un contrat de la Mutuelle, effectue le(s) versement(s) et désigne le(s) bénéficiaire(s). Il acquiert la qualité de membre participant de la MIF, tel que défini par les statuts de la Mutuelle.

ADHÉRENT-ASSURÉ : Personne physique sur laquelle reposent les garanties souscrites. L'adhérent-assuré et l'adhérent-souscripteur sont la même personne.

ASSUREUR : La MIF (LA MUTUELLE D'IVRY (la Fraternelle)), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le N° SIREN 310 259 221. Elle garantit les prestations prévues par le contrat, à l'exception de la garantie assistance.

BÉNÉFICIAIRE : La (les) personne(s) désignée(s) par l'adhérent-souscripteur sur la demande de souscription ou le dernier avenant en vigueur en possession de l'Assureur (pour la garantie décès).

BONNE SANTÉ : État de santé de l'adhérent-assuré justifié par l'absence d'instance de réforme ou de mise en disponibilité pour maladie, l'absence d'état d'incapacité temporaire de travail, l'absence, dans les douze (12) mois précédents la souscription du contrat, de plus de trente (30) jours consécutifs d'arrêt de travail ou l'absence de maladie.

MALADIE : Altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes, perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes et externes, et comportant une évolution.

PRESCRIPTION : Délai au terme duquel le titulaire d'un droit ne peut plus exercer aucun recours.

Article 3 : CONDITIONS D'ADMISSION ET FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT

3.1 Conditions d'admission

Ce contrat est ouvert aux membres participants, tels que définis par les statuts de la MIF, sous les conditions figurant en Annexe 1, ayant leur résidence principale sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, lors de la souscription.

La souscription du contrat n'est pas soumise à formalités médicales. Cependant, l'adhérent-assuré déclare lors de la souscription du contrat être en bon état de santé, tel que défini à l'article 2 de la présente Note d'Information, au moyen du questionnaire prévu à cet effet dans la demande de souscription, et doit être en mesure de le justifier le cas échéant.

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration de l'adhérent-assuré. Toutefois, l'omission ou la déclaration inexacte de l'adhérent-assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue (article L. 221-15 du Code de la Mutualité). Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur peut maintenir le contrat en vigueur moyennant une majoration de la cotisation ou une minoration de la garantie ; si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion des cotisations versées par l'adhérent-assuré par rapport aux cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

3.2 Formalités de souscription du contrat et d'adhésion à la MIF

Une demande de souscription, la présente Note d'Information valant règlement mutualiste et ses annexes, les statuts et le règlement intérieur de la MIF sont remis à toute personne qui souhaite adhérer à la MIF et souscrire au contrat Garantie Frais Décès, dès lors qu'elle satisfait aux conditions d'admission visées ci-dessus. L'adhérent-souscripteur complète, date et signe la demande de souscription, en y joignant les justificatifs requis. L'enregistrement du contrat est matérialisé par l'émission des Conditions Particulières dans un délai de trente (30) jours, qui court à compter de la réception de la demande de souscription. En cas de non-réception de celles-ci, il appartient à l'adhérent-souscripteur d'en aviser l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 4 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

4.1 Prise d'effet

Le contrat prend effet au premier jour du mois au cours duquel est encaissée la première cotisation sur le contrat, sous réserve de la réception par l'Assureur de tous les documents et renseignements nécessaires à la souscription ; la date de prise d'effet du contrat est rappelée dans les Conditions Particulières.

4.2 Durée du contrat

Le contrat est souscrit pour une durée viagère, mais peut être interrompu dans les cas prévus à l'article 10 de la présente Note d'Information.

Article 5 : FACULTÉ DE RENONCIATION

L'adhérent-souscripteur dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus, à compter du moment où il est informé que le contrat a pris effet, pour y renoncer sans avoir à justifier ou à supporter de pénalités de la part de l'Assureur. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. L'adhérent-souscripteur adresse alors une lettre recommandée avec accusé de réception, accompagnée, s'il y a lieu, des documents contractuels qui lui ont été remis ou envoyés, au siège social de la MIF / 23 rue Yves Toudic / 75481 Paris Cedex 10.

Cette lettre peut être rédigée sur le modèle suivant :

Références : numéro de Sociétaire et numéro de contrat de la Garantie Frais Décès
Objet : Renonciation Garantie Frais Décès
« Je soussigné(e) (M./Mme, Nom, Prénom, adresse), déclare exercer, après réflexion et conformément à l'article L. 223-8 du Code de la Mutualité, ma faculté de renonciation à ma Garantie Frais Décès.
Le (date) Signature. »

Dans l'hypothèse où l'adhérent-souscripteur exercerait sa faculté de renonciation dans les conditions énoncées ci-dessus, son contrat sera remboursé, soit l'intégralité des sommes versées, dans les trente (30) jours à compter de la réception de la lettre informant l'Assureur de sa volonté.

Le défaut de remise des documents et informations visées au deuxième alinéa de l'article L. 223-8 du Code de la Mutualité entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu dans l'article précité jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date à laquelle l'adhérent-souscripteur a été informé que le contrat a pris effet. L'exercice de la faculté de renonciation met fin à toutes les garanties du contrat.

Article 6 : COTISATIONS

Le montant de la cotisation à la souscription est déterminé en fonction de l'âge de l'adhérent-assuré à la souscription, de la formule choisie, du capital assuré et de la table de mortalité en vigueur (se reporter au barème des cotisations figurant en Annexe 7, du taux d'intérêt technique et des frais, mentionnés en Annexe 4).

Formules proposées : la cotisation peut être acquittée soit par le paiement d'une cotisation unique, soit par le paiement d'une cotisation annuelle temporaire sur une durée de cinq (5) ou dix (10) ans, soit par le paiement d'une cotisation annuelle viagère.

Les cotisations sont payables d'avance. Les cotisations uniques, non fractionnables, sont payables à la souscription soit par prélèvement en cas de souscription digitale soit par chèque adressé à la MIF en cas de souscription par formulaire papier. Les cotisations temporaires et viagères font l'objet d'un fractionnement, payable mensuellement par prélèvement bancaire.

Article 7 : RISQUES EXCLUS

Les conditions d'indemnisation au titre de la Garantie Frais Décès s'appliquent à tout accident ou maladie entraînant le décès de l'adhérent-assuré après la date de prise d'effet du contrat, à l'exclusion des cas suivants, de leurs suites, conséquences, rechutes et/ou récidives éventuelles :

- le suicide ou les tentatives de suicide de l'adhérent-assuré durant la première année d'assurance ;
- les faits volontaires ou intentionnels de la part de l'adhérent-assuré ;
- les risques de guerre et d'irradiations ionisantes ;
- les risques résultant de la participation active à des rixes, crimes, actes de terrorisme ou de sabotage, attentats, émeutes, insurrections, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- le meurtre commis sur la personne de l'adhérent-assuré, par le bénéficiaire qui a été condamné à ce titre, ou avec sa complicité ;
- la pratique de tout sport à titre professionnel, et à titre sportif amateur : le parachutisme, le parapente, la spéléologie, l'alpinisme, la croisière maritime en solitaire et la plongée sous-marine ;
- les conséquences de l'utilisation, en tant que pilote ou passager, de tous véhicules ou engins volants en infraction aux lois et règlements en vigueur ;
- la participation à des essais, démonstrations, raids, acrobaties et compétitions, nécessitant l'utilisation d'un engin, motorisé ou non, à titre amateur ou professionnel ;
- la manipulation d'armes, d'engins explosifs et de produits inflammables ou toxiques ;
- les conséquences de l'état d'ivresse, de l'éthylisme ou d'une alcoolémie excédant le taux réglementé, ainsi que l'usage de médicaments ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- les risques particuliers éventuellement mentionnés aux Conditions Particulières du présent contrat.

Article 8 : GESTION DU CONTRAT

La mise en œuvre des garanties est subordonnée au paiement complet des cotisations dues à la date du décès et sont mises en œuvre conformément aux Annexes.

8.1 Garantie décès

La Garantie Frais Décès garantit, en cas de décès de l'adhérent-assuré, et

sous réserve des risques exclus mentionnés à l'article 7 de la présente Note d'Information, le versement d'un capital figurant parmi les montants mentionnés en Annexe 2 au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), majorés des répartitions de participation aux excédents acquises à cette date.

Le capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), conformément aux dispositions de l'article 9 de la présente Note d'Information.

Le capital est payable en euros, et versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) suivant les modalités décrites en Annexe 3, et en particulier à la réception de l'intégralité des pièces justificatives figurant à cette même annexe. Une avance de capital est possible à la déclaration du décès de l'adhérent-assuré par le(s) bénéficiaire(s) (voir Annexe 3).

La connaissance du décès de l'adhérent-assuré par l'Assureur résulte de la réception de l'acte de décès, intervenant notamment à la suite de la consultation par l'Assureur du Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques ou de tout autre moyen mis à la disposition de l'Assureur. Le contrat prend fin à cette date.

Le capital décès tient compte de la revalorisation prévue à l'article L. 223-19-1 du Code de la Mutualité. Le capital, s'il n'a pu être versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès, bénéficie d'une revalorisation post mortem, dont le taux est fixé annuellement par l'Assureur, dans le respect du minimum visé par le décret n° 2015-1092 du 28 août 2015. Cette revalorisation, rémunérée prorata temporis, prend effet à compter de la date de survenance du décès de l'adhérent-assuré jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital visées à l'Annexe 3 de la présente Note d'Information.

En cas de décès de l'adhérent-assuré résultant de l'un des événements énoncés à l'article 7 de la présente Note d'information, l'Assureur versera au(x) bénéficiaire(s) la valeur de rachat du contrat, telle que définie à l'article 8.3.

8.2 Prestation d'aide et d'assistance

Il convient de se référer au Conditions Générales d'assistance valant notice d'information n°RMA-MIF-01. Cette garantie est assurée par Ressources Mutuelles Assistance (RMA), union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dont le Siège Social est situé 46 rue du Moulin - CS 32427 à Vertou (44124 VERTOU Cedex), identifiée sous le N° SIREN 444 269 682.

8.3 Rachat du contrat

En cas d'acceptation du bénéfice du contrat portée à la connaissance de l'Assureur, les opérations décrites dans le présent article ne pourront être effectuées sans l'autorisation préalable du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s).

À tout moment, et sous réserve de l'encaissement effectif des douze (12) premières mensualités, l'adhérent-assuré peut mettre fin à son contrat. Dans ce cas, l'Assureur verse à l'adhérent-assuré, dans un délai maximum de trente (30) jours suivant la date de réception de sa demande, la valeur de rachat de sa garantie décès. Celle-ci est égale à la provision mathématique constituée, laquelle est communiquée annuellement. La provision mathématique est calculée en tenant compte des cotisations réellement encaissées (déduction faite de la quote-part des cotisations afférente à la garantie d'assistance), des frais prélevés sur les cotisations et des tables de mortalités en vigueur (voir Annexe 4). Son montant ne correspond donc pas au cumul des cotisations versées. Le rachat total met fin à l'ensemble des garanties. Aucune demande de rachat partiel ne sera acceptée.

Exemple de valeur de rachat

Le tableau ci-après décrit, à titre d'exemple, pour un capital garanti de 4 000 euros, l'évolution sur les huit (8) premières années de la valeur de rachat garantie en fonction de l'âge à la souscription du contrat et d'un paiement annuel des cotisations :

Âge à la souscription	Après 1 an	Après 2 ans	Après 3 ans	Après 4 ans	Après 5 ans	Après 6 ans	Après 7 ans	Après 8 ans
Cotisation unique								
50 ans	3 050,81 €	3 075,43 €	3 100,04 €	3 124,63 €	3 149,20 €	3 173,75 €	3 198,30 €	3 222,85 €
70 ans	3 529,57 €	3 551,26 €	3 572,61 €	3 593,60 €	3 614,25 €	3 634,53 €	3 654,40 €	3 673,85 €
Cotisation annuelle viagère								
50 ans	99,67 €	199,25 €	298,80 €	398,29 €	497,67 €	596,97 €	696,27 €	795,58 €
70 ans	172,95 €	343,11 €	510,55 €	675,28 €	837,27 €	996,33 €	1 152,23 €	1 304,84 €
Cotisation annuelle temporaire sur 10 ans								
50 ans	307,96 €	619,41 €	934,58 €	1 253,72 €	1 577,11 €	1 905,10 €	2 238,15 €	2 576,65 €
70 ans	331,13 €	666,26 €	1 006,65 €	1 353,78 €	1 709,42 €	2 075,64 €	2 455,05 €	2 851,05 €
Cotisation annuelle temporaire sur 5 ans								
50 ans	611,38 €	1 231,39 €	1 860,57 €	2 499,59 €	3 149,20 €	3 173,75 €	3 198,30 €	3 222,85 €
70 ans	676,69 €	1 372,10 €	2 090,19 €	2 835,68 €	3 614,25 €	3 634,53 €	3 654,40 €	3 673,85 €

Ces exemples de valeurs de rachat sont calculés sur la base d'une souscription au 1^{er} janvier de l'année N, pour un adhérent-assuré de 50 et 70 ans et n'intègrent pas :

- La revalorisation annuelle des capitaux garantis ;

- Les prélèvements fiscaux et sociaux applicables aux contrats d'assurance vie.

Ils supposent également que toutes les cotisations dues soient payées aux échéances prévues par le contrat.

8.4 Revalorisation du contrat

Les placements correspondant à la garantie décès sont gérés dans le cadre de l'actif général de la MIF.

La participation aux excédents, égale à 85 % des produits financiers de l'année de l'actif général, diminuée des intérêts calculés au taux technique, est affectée à la revalorisation des capitaux. L'Assemblée Générale de la MIF décide annuellement de l'affectation de la participation aux excédents.

Le capital garanti est donc revalorisé d'un taux précisé dans le relevé annuel de situation, les cotisations restant à verser étant indexées suivant un taux équivalent.

8.5 Mise en réduction du contrat

En cas de non-paiement des cotisations dues, le montant du capital décès est réduit et la garantie d'assistance cesse. La garantie du versement du capital en cas de décès, sous réserve des risques exclus mentionnés à l'article 7 de la présente Note d'Information, se poursuit pour un montant réduit déterminé en fonction des cotisations réellement encaissées à la date de la mise en réduction du contrat ; le montant de ce capital est communiqué annuellement. À compter de la date de mise en réduction du contrat, plus aucune cotisation n'est exigible.

Si la valeur de rachat du contrat ainsi réduit est inférieure à 300 €, l'Assureur se garde le droit de racheter le contrat, conformément aux conditions du contrat. La valeur de réduction du contrat est versée à l'adhérent-assuré et il est mis fin à l'ensemble des garanties.

Article 9 : DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

Le bénéficiaire du contrat est rappelé dans les Conditions Particulières.

L'adhérent-assuré peut désigner :

- soit, en qualité de bénéficiaire de premier rang, un opérateur funéraire qui sera en charge de la réalisation de ses obsèques. Dans ce cas, le règlement du capital, plafonné au montant du capital décès à la date du décès de l'adhérent-assuré, s'effectuera directement auprès de l'opérateur funéraire, selon la facture reçue par l'Assureur. Si après paiement des obsèques de l'adhérent-assuré un reliquat de capital existait, celui-ci serait versé au(x) bénéficiaire(s) de second ordre désigné(s) ;
- soit la (les) personne(s) physique(s) de son choix, pour la prise en charge de la réalisation de ses obsèques.

L'attention de l'adhérent-assuré est attirée sur le fait que l'utilisation d'une clause différente de celles qui précèdent pourrait ne pas correspondre à l'objet du contrat, ce qui aurait pour possible conséquence que le capital soit utilisé à d'autres fins que le paiement des obsèques.

Sauf dispositions contraires mentionnées sur la demande de souscription ou le dernier avenant en vigueur, les bénéficiaires en cas de décès sont par ordre de préférence (clause contractuelle standard) :

Le conjoint de l'adhérent-souscripteur non séparé de corps judiciairement ou son partenaire auquel il est lié par un PACS ; à défaut, les enfants de l'adhérent-souscripteur, légitimes, adoptés ou reconnus, par parts égales entre eux et la part d'un prédécédé revenant à ses descendants ou frères et sœurs, s'il n'a pas de descendants, par parts égales entre eux ; à défaut les héritiers de l'adhérent-souscripteur par parts égales entre eux.

Sauf volontés contraire formalisée par écrit par l'adhérent-souscripteur, la clause contractuelle standard du contrat s'applique par défaut, lors de la mise en jeu de la garantie, en l'absence de toute clause bénéficiaire portée à la connaissance de l'Assureur ou en cas de caducité de la clause particulière, lorsque l'adhérent-souscripteur l'a choisie.

L'adhérent-souscripteur peut désigner le(s) bénéficiaire(s) du contrat dans la demande de souscription et ultérieurement par avenant au contrat. Cette désignation peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'adhérent-souscripteur peut porter à la connaissance de l'Assureur lors de la souscription ou lors d'un avenant au contrat, les coordonnées de tout bénéficiaire nommé désigné (nom, prénoms, complété du nom de jeune fille pour les femmes mariées, adresse, date et lieu de naissance), afin qu'après le décès de l'adhérent-assuré, l'Assureur puisse informer le bénéficiaire de la désignation faite à son profit. L'adhérent-souscripteur peut également avoir intérêt à prévenir le(s) bénéficiaire(s) de sa (leur) qualité de bénéficiaire, de façon à ce que ce(s) dernier(s) puisse(nt) se manifester auprès de l'Assureur lors de la survenance du décès.

Il est recommandé à l'adhérent-souscripteur de modifier les clauses bénéficiaires de son contrat lorsqu'elles ne sont plus adaptées à sa situation personnelle. De même, il est recommandé à l'adhérent-souscripteur de veiller à ce qu'au moins un bénéficiaire soit désigné pour éviter que l'épargne acquise au titre du contrat intègre la succession. **La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation de celui-ci, sous réserve de l'accord express de l'adhérent-souscripteur.** La désignation du bénéficiaire, effectuée par l'adhérent-souscripteur lors de la souscription du contrat, est rappelée dans les Conditions Particulières.

Article 10 : CESSATION DES GARANTIES

Les garanties décès et d'assistance cessent leurs effets :

- pour défaut de paiement de la cotisation, selon les modalités décrites à l'article 8.5 de la présente Note d'Information. Il est alors adressé une mise en demeure par lettre recommandée à l'adhérent-assuré l'informant qu'il dispose d'un délai de quarante (40) jours, à compter de l'envoi de cette lettre, pour régulariser sa situation (en application de l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité). À défaut de paiement au terme de ce délai, le contrat est automatiquement réduit ou racheté, conformément aux dispositions de l'article précité, et les garanties d'aide et d'assistance sont résiliées ;

- à la demande de l'adhérent-assuré : il dispose de la faculté de racheter son contrat, selon les modalités décrites à l'article 8.3 de la présente Note d'Information ;

- après la mise en œuvre des garanties, pour cause de décès.

Article 11 : DISPOSITIONS DIVERSES

11.1 Clause de sauvegarde

Si des évolutions législatives, réglementaires ou liées à l'environnement économique étaient de nature à modifier substantiellement l'équilibre du contrat, l'Assemblée Générale de la MIF pourra modifier le présent règlement mutualiste conformément aux statuts de la MIF.

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, l'adhérent-souscripteur est informé des modifications apportées au présent règlement.

11.2 Information annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-21 du Code de la Mutualité, chaque année l'adhérent-souscripteur reçoit un document récapitulatif de la situation de son contrat, lui indiquant notamment le montant de la valeur de rachat au 31 décembre du dernier exercice et le capital garanti en cas de décès.

11.3 Examen des réclamations

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre ou demande sur support électronique) faisant état d'un mécontentement. Une demande de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le contrat Garantie Frais Décès peut être exercée via l'Espace Sociétaire MIF (rubrique «Déposer une réclamation»), via www.mifassur.com ou encore à l'adresse suivante :

MIF - Service Réclamations / 23 rue Yves Toudic
75481 Paris Cedex 10 / tél. 09 70 15 77 77

Si le désaccord persiste, après la réponse donnée par l'Assureur ou à défaut de réponse de celui-ci dans un délai de deux mois qui court à compter de l'envoi de la réclamation, l'adhérent-souscripteur peut, s'il n'a pas porté le litige devant les tribunaux, saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>
- soit par voie postale à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française / FNMF / 255 rue de Vaugirard / 75719 PARIS cedex 15.

La médiation est écrite et gratuite.

À l'issue de la médiation, l'adhérent-souscripteur conserve ses droits à l'introduction d'une éventuelle action contentieuse, en portant le litige devant les tribunaux compétents.

11.4 Prescription

Conformément aux articles L. 221-11, L. 221-12 et L. 221-12-1 du Code de la Mutualité, les règles applicables à la prescription du contrat sont les suivantes :

Article L. 221-11 : « Toutes actions dérivant des opérations d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent-souscripteur, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent-souscripteur, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent-souscripteur ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 (du Code de la Mutualité), le bénéficiaire n'est pas l'adhérent-souscripteur et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent-souscripteur décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent-souscripteur. »

Article L. 221-12 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent-souscripteur, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent-souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L. 221-12-1 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties à une opération individuelle (d'assurance) ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

11.5 Lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires résultant en particulier des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, l'Assureur peut être amené à recueillir auprès de l'adhérent-souscripteur, avant de nouer toute relation d'affaires et ultérieurement pendant toute la durée du contrat, certaines informations et justificatifs complémentaires selon la nature et/ou les montants de l'opération(s) effectuée(s) et, d'une manière générale, il se doit de vérifier les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat. En tout état de cause, l'Assureur se réserve la faculté de refuser de procéder à l'opération demandée par l'adhérent-souscripteur, voire à mettre fin au contrat, si les éléments d'identification ou d'informations sur l'objet, la nature de la relation d'affaires et sur l'origine des fonds, ne lui sont pas communiqués. L'adhérent-souscripteur s'engage à informer l'Assureur de sa situation et de toute modification ultérieure.

11.6 Dispositifs FATCA (loi sur la déclaration des avoirs américains investis à l'étranger) et CRS-OCDE (réglementation relative à l'échange automatique et obligatoire d'informations dans le domaine fiscal)

FATCA : En application de l'accord intergouvernemental signé entre la France et les Etats-Unis d'Amérique le 14 novembre 2013 relatif à la mise en œuvre du

dispositif FATCA, l'Assureur doit collecter des informations afin de déterminer si l'adhérent-assuré dispose de la qualité de citoyen ou résident américain, c'est-à-dire toute personne correspondant à au moins un des critères suivants :

- titulaire d'un permis de séjour permanent (green card),
- ayant cette année et durant les deux années précédentes séjourné plus de 183 jours au total aux États-Unis d'Amérique
- ayant déclaré ses revenus avec ceux de son conjoint américain.

À cet égard, l'adhérent-souscripteur s'engage à informer l'Assureur de sa situation et de tout changement de circonstances ultérieur.

CRS-OCDE : En application de conventions internationales d'échange d'informations à des fins fiscales, l'Assureur est tenu de recueillir certaines informations relatives à la résidence fiscale. À cet égard, l'adhérent-souscripteur s'engage à informer l'Assureur de sa situation et de toute modification ultérieure.

11.7 Informations complémentaires relatives à la commercialisation à distance du contrat

L'offre de commercialisation à distance du contrat Garantie Frais Décès est notamment régie par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.

La langue utilisée, pendant la durée du contrat, est le français.

La durée de validité des informations communiquées à l'adhérent-assuré correspond à la durée du contrat, sous réserve d'éventuelles modifications de celui-ci conformément aux dispositions des articles L. 114-7 et L. 114-9 du Code de la Mutualité et des évolutions législatives, réglementaires et fiscales.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français.

Pour toutes difficultés relatives à son interprétation, sa validité et son exécution, le contrat sera soumis à l'application de la loi française.

Les frais engagés par l'adhérent-souscripteur pour toute communication à distance demeurent à sa charge.

11.8 Traitement et protection des données à caractère personnel

Les données recueillies au titre du présent contrat sont enregistrées informatiquement par l'Assureur, responsable du traitement, pour les besoins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, la prospection et la gestion commerciale, la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, la prévention de la fraude et la consultation du RNIPP (Répertoire national d'identification des personnes physiques).

La fourniture de ces données personnelles a un caractère contractuel et conditionne la souscription et la gestion du contrat.

Elles sont conservées la durée nécessaire à l'exécution du contrat et seront ensuite archivées par l'Assureur, selon les durées de prescription légales en vigueur.

Les destinataires de ces données sont les personnels habilités de l'Assureur chargés de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que les distributeurs du contrat, les tiers archiveurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Ces données peuvent également être communiquées, en tant que de besoin, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Les informations, indiquées avec un astérisque, recueillies à l'occasion de la souscription du contrat ont un caractère obligatoire dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat.

L'adhérent-souscripteur dispose du droit de demander : l'accès à ses données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci, une limitation du traitement de ses données personnelles, à ce que ses données personnelles soient transférées auprès d'un tiers de son choix dans le cadre de son droit à la portabilité. Le droit d'accès à ses données personnelles concernant certains traitements effectués dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL.

L'adhérent-souscripteur dispose également du droit de :

- voir limiter le traitement de ses données personnelles ou de s'y opposer, sous réserve des données strictement nécessaires à la gestion du contrat.
- introduire une réclamation auprès de la CNIL au titre du traitement de ses données personnelles par l'Assureur.

Pour exercer ses droits ou pour toute question sur le traitement de ses données personnelles, l'adhérent-souscripteur peut contacter notre Délégué à la protection des données ; par voie électronique : donneespersonnelles@mifassur.com ; ou par courrier : Le délégué à la protection des données, MIF, 23 rue Yves Toudic, 75481 PARIS CEDEX 10.

Si l'adhérent-souscripteur ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, celui-ci peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

11.9 Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au Code de la Mutualité, la MIF est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

11.10 Informations complémentaires relatives à la consultation et à la gestion du contrat en ligne et à l'activité de distribution

Se reporter aux Annexes 5 et 6 de la présente Note d'Information.

11.11 Régime fiscal applicable

Fiscalité applicable au 01/05/2024, sous réserve d'éventuelles modifications ultérieures.

Pour les adhérents-souscripteurs ayant la qualité de résident fiscal français, le régime fiscal applicable est le régime français de l'assurance vie. Pour les adhérents-souscripteurs n'ayant pas cette qualité, sous réserve des dispositions contenues dans les conventions internationales éventuelles liant le pays de résidence de l'adhérent-souscripteur à l'Etat français, le régime fiscal applicable en cas de rachat est celui du prélèvement prévu à l'article 125 O A du Code Général des Impôts.

Les adhérents-souscripteurs s'engagent à informer l'Assureur de tout changement de domiciliation fiscale hors de France survenant postérieurement à leur souscription. La fiscalité, détaillée ci-après, ne tient pas compte des prélèvements sociaux (de 17,2 %, selon le taux actuellement en vigueur).

Fiscalité en cas de rachat

En cas de rachat, sauf application d'un régime particulier d'exonération, les produits perçus (intérêts ou plus-values) sont soumis à un taux de prélèvement forfaitaire unique, obligatoire, non libératoire de :

- 12,8 % au cours des huit (8) premières années ;
- et, au-delà, 7,5 % sur le montant au 31 décembre de l'année N-1 des versements, inférieur ou égal à 150 000 € par adhérent-assuré, tous contrats confondus et 12,8 % pour la quote-part des versements excédant cette limite, après abattement annuel de 4 600 € (pour une personne seule) et 9 200 € (pour un couple soumis à imposition commune).

Choix du contribuable entre le prélèvement forfaitaire unique et le barème progressif de l'impôt sur le revenu au moment de la déclaration (applicable à l'ensemble des placements soumis au prélèvement forfaitaire unique).

Fiscalité en cas de dénouement du contrat par décès de l'adhérent-assuré

- Pour les versements effectués avant les 70 ans de l'adhérent-assuré (*article 990 I du Code Général des Impôts*) : capitaux décès exonérés à hauteur d'un abattement de 152 500 € par bénéficiaire tous contrats confondus. Au-delà de cet abattement, les sommes reçues par chaque bénéficiaire sont imposées à un taux forfaitaire de 20 % jusqu'à 852 500 € (au-delà de 852 500 €, taxation à 31,25 %).
- Pour les versements effectués à compter des 70 ans de l'adhérent-assuré (*article 757 B du Code Général des Impôts*) : versements exonérés de droits de succession dans la limite d'un abattement global de 30 500 €, tous bénéficiaires (sauf ceux exonérés) et contrats confondus, les intérêts du contrat étant totalement exonérés. Echappent au(x) prélèvement(s) de l'*article 990 I du Code Général des Impôts* et sont exonérés de droits de succession, lorsqu'ils ont la qualité de bénéficiaires en cas de décès, le conjoint survivant, le partenaire lié au défunt par un PACS et les frères et sœurs sous certaines conditions.

Impôt sur la fortune immobilière

Le contrat d'assurance vie rachetable ne rentre pas dans l'assiette taxable de l'impôt sur la fortune immobilière, hors la fraction de sa valeur représentative de biens et droits immobiliers de toute nature (OPCI, SCPI, SCI,...).

ANNEXES

ANNEXE 1

Âge minimal à la souscription : 50 ans.

Âge maximum à la souscription : 80 ans (inclus).

L'assurance en cas de décès ne peut être contractée par un majeur en tutelle ou une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

ANNEXE 2

Capitaux garantis :

montant des capitaux assurés à la souscription au titre de la garantie décès : de 4 000 € à 12 000 €, par tranche de 1 000 €.

ANNEXE 3

Mise en œuvre de la garantie décès : le capital est payable en euros, et versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum de quinze jours (jours ouvrés) à compter de la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires, à savoir :

- un extrait d'acte de décès de l'adhérent-assuré ;
- le formulaire médical adressé par l'assureur au(x) bénéficiaire(s) lors de la mise en jeu de la garantie, dûment complété, daté et signé par le médecin traitant de l'adhérent-assuré ;
- l'original de la facture de l'opérateur funéraire si tel était le choix de bénéficiaire de premier rang de l'adhérent-assuré décédé, mentionnant l'identité de l'adhérent-assuré et, si celle-ci a déjà été acquittée, l'identité de la(les) personne(s) ayant déjà acquitté cette facture le cas échéant ;
- un relevé d'identité bancaire de chacun des bénéficiaires (facultatif) ;
- une dévolution successorale (le cas échéant).

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative nécessaire au règlement du capital.

Tout décès doit être déclaré par courrier, daté et signé, à la MIF / 23 rue Yves Toudic / 75481 Paris Cedex 10.

Une avance de 2 000 € peut être versée à la personne physique désignée comme bénéficiaire du contrat, pour la prise en charge des premiers frais liés au décès de l'adhérent-assuré. Cette avance est versée sous 48 heures (jours ouvrés) sur demande expresse du bénéficiaire, après déclaration, par téléphone, du décès de l'adhérent-assuré et transmission à l'Assureur de la pièce d'identité et du Relevé d'Identité Bancaire du bénéficiaire ainsi que du certificat de décès de l'adhérent-assuré. En cas de fausse déclaration, l'Assureur se réserve le droit d'engager toute poursuite judiciaire pour récupérer les fonds indument perçus.

ANNEXE 4

Frais sur cotisations : 3 %

Taux d'intérêt technique : 1 %

ANNEXE 5

CONSULTATION ET GESTION DU CONTRAT EN LIGNE

L'adhérent-souscripteur, personne physique majeure capable juridiquement, dispose de la faculté de consulter et d'effectuer des opérations de gestion sur son contrat par le biais d'un ou plusieurs services de communication en ligne (notamment sur le site www.mifassur.com).

Les opérations de gestion pouvant être réalisées en ligne sont notamment : versements, arbitrages, rachats. Cette liste n'est pas exhaustive, l'Assureur se réservant la faculté à tout moment de la modifier. En cas de suppression de l'accès à l'une des opérations de gestion en ligne, l'adhérent-souscripteur transmettra sa demande à l'Assureur sur support papier et par voie postale. En tout état de cause, l'adhérent-souscripteur conserve la possibilité d'adresser ses demandes relatives à une opération de gestion à effectuer sur son contrat sur support papier et par voie postale.

Figurent ci-dessous les dispositions applicables à la consultation et la gestion du contrat en ligne. L'adhérent-souscripteur doit en prendre connaissance, les imprimer et/ou enregistrer (conformément à l'article 1127-1 du Code civil) et les accepter sans réserve ni conditions.

Accès à la consultation et à la gestion en ligne du contrat : L'accès à la consultation et à la gestion en ligne du contrat se fait au moyen d'un code d'accès confidentiel. Ce code est choisi par l'adhérent-souscripteur, lors de sa première connexion, après avoir activé son compte. Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction d'authentifier l'adhérent-souscripteur, permettant ainsi de garantir son habilitation à consulter et à gérer son contrat en ligne via un ou plusieurs services de communication électronique.

L'Assureur se réserve la faculté, sans que cela remette en cause la validité du contrat de ne pas donner suite à l'activation du compte pour la consultation et la gestion en ligne du contrat ou d'imposer des conditions et/ou restrictions particulières. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à ce titre. L'adhérent-souscripteur s'engage à garder ce code personnel et à prendre toutes les mesures propres à assurer la confidentialité de son code d'accès confidentiel, lui permettant notamment d'avoir accès à des données personnelles et confidentielles afférentes à son contrat.

L'adhérent-souscripteur sera seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion en ligne résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de son code d'accès confidentiel.

En cas de perte ou de vol de son code d'accès confidentiel, l'adhérent-souscripteur doit impérativement et sans délai en informer l'Assureur par tous moyens, notamment en contactant le centre de relation adhérents – tél. 09 70 15 77 77 / courriel : mifcontact@mifassur.com. Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de la responsabilité exclusive de l'adhérent-souscripteur.

Transmission des opérations de gestion en ligne : Après authentification selon les modalités décrites ci-dessus, l'adhérent-souscripteur procède à la réalisation de son opération de gestion en ligne. À la suite de la validation de cette opération, celle-ci est envoyée à l'Assureur par le biais du service de communication électronique utilisé. Dès réception, l'Assureur confirme à l'adhérent-souscripteur la prise en compte de l'opération de gestion en ligne par l'envoi d'un courrier électronique à l'adresse électronique fournie par ses soins.

À défaut de réception de ce courrier électronique dans les 48 heures de la réalisation de l'opération de gestion en ligne, l'adhérent-souscripteur doit immédiatement en faire part à l'Assureur, faute de quoi il sera réputé l'avoir reçu.

À compter de la réception de ce courrier électronique, l'adhérent-souscripteur dispose de 30 jours pour formuler une réclamation relative à l'opération de gestion en ligne qu'il aura réalisée. Passé ce délai, l'opération de gestion en ligne effectuée sera réputée conforme à sa volonté.

L'adhérent-souscripteur est seul garant de l'actualité et de l'exactitude de son adresse électronique fournie à l'Assureur. Il s'engage dès lors à vérifier et à mettre à jour régulièrement son adresse électronique. Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'envoi d'un courrier électronique confirmant une opération de gestion en ligne à une adresse électronique erronée, invalide ou obsolète en l'absence d'information préalable de l'Assureur relève de sa seule responsabilité.

L'Assureur attire l'attention de l'adhérent-souscripteur sur l'imprévisibilité du délai pouvant courir entre le moment où ce dernier émet son opération de gestion en ligne et celui où l'Assureur la reçoit. Dès qu'une opération de gestion en ligne a été entièrement validée par l'Assureur, une nouvelle opération de gestion pourra être demandée en ligne. Les opérations de gestion sont validées dans l'ordre de réception par l'Assureur, qu'elles soient effectuées par le biais d'un service de communication électronique ou par voie postale.

Étapes à suivre pour signer un mandat de prélèvement SEPA sous forme électronique : L'opération de versement en ligne suppose qu'un compte bancaire de prélèvement soit préalablement enregistré par l'Assureur et qu'un mandat de prélèvement SEPA rattaché à ce même compte soit dûment signé et en vigueur. La mise en place d'un mandat de prélèvement SEPA par signature électronique est proposée exclusivement via le site www.mifassur.com.

La signature électronique est un procédé technique qui assure l'identification du signataire, l'intégrité du document électronique et manifeste le consentement du signataire aux documents signés.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil et 441-1 du Code pénal, l'adhérent-souscripteur reconnaît et accepte que l'acte conclu sous forme électronique à l'aide des moyens informatiques mis en œuvre par l'Assureur a la même valeur probante qu'un acte conclu sous forme papier, de même il reconnaît être informé de ce que toute tentative de falsification de la version électronique de l'acte à laquelle il a accès constitue un faux et est passible de poursuites pénales.

L'adhérent-souscripteur doit compléter les zones des formulaires non pré-remplies. Ces données sont nécessaires à l'étude de sa demande et à son identification. L'adhérent-souscripteur doit renseigner l'ensemble des champs obligatoires, vérifier les zones saisies et les modifier si nécessaire puis valider la page ; À la suite de cette validation, l'adhérent-souscripteur conserve la possibilité de modifier les informations, ou le cas échéant contacter un conseiller MIF au 09 70 15 77 77.

La signature électronique d'un mandat de prélèvement SEPA se déroule selon les étapes ci-après :

- Saisie de l'IBAN de l'adhérent-souscripteur
- Téléchargement d'un Relevé d'Identité bancaire (RIB) au nom de l'adhérent-souscripteur : Chaque pièce justificative demandée doit être téléchargée par ses soins. L'adhérent-souscripteur a la possibilité de renouveler l'opération si le document téléchargé est non lisible.

- Signature électronique du mandat de prélèvement SEPA :

L'adhérent-souscripteur va recevoir immédiatement un code confidentiel par SMS sur le numéro renseigné par ses soins. L'adhérent-souscripteur sera alors invité à saisir ce code sur l'écran pour finaliser et signer son mandat de prélèvement SEPA. Ceci matérialise son consentement.

À la suite de cette procédure sa Référence Unique de Mandat lui est communiquée.

Affichage dans le récapitulatif de l'opération :

- du type d'opération et ses caractéristiques ;
- du compte bancaire, du mandat de prélèvement et de la référence unique de mandat associée ;
- le cas échéant, du contrat concerné ;
- des conditions générales d'accès aux services à distance MIF.

Sur cette page, l'adhérent-souscripteur a la possibilité de visualiser l'ensemble des éléments communiqués. L'adhérent-souscripteur doit les vérifier. L'adhérent-souscripteur a la possibilité de les modifier et, le cas échéant, de contacter un conseiller MIF au 09 70 15 77 77.

L'adhérent-souscripteur doit les accepter sans réserve ni conditions en les validant au moyen de la case appropriée. L'adhérent-souscripteur doit également les avoir enregistrées et/ou imprimées. Cette étape est obligatoire pour pouvoir confirmer son opération.

La demande est transmise à l'Assureur pour validation et traitement.

Archivage : L'exemplaire original du mandat de prélèvement SEPA est automatiquement transmis au tiers archiveur CONTRALIA, une plateforme de DOCAPOST pour un archivage à valeur probante pendant la durée légale de conservation, sur un support numérique durable et selon des modalités en garantissant l'intégrité.

L'adhérent-souscripteur peut demander, à tout moment et pendant la durée d'archivage légal, une copie de l'original sur simple demande en appelant un conseiller MIF au 09 70 15 77 77.

CONVENTION DE PREUVE – RESPONSABILITÉ

L'adhérent-souscripteur reconnaît et accepte que : toute consultation du contrat ou opération de gestion en ligne effectuée sur le contrat par le biais d'un service de communication électronique, effectuée après son authentification selon les modalités décrites ci-dessus sera réputée être effectuée par ses soins ; la validation de l'opération de gestion en ligne après ladite authentification vaut expression de son consentement à l'opération de gestion en ligne et constitue un moyen suffisant à assurer l'intégrité du contenu de l'opération ; les procédés de signature électronique mis en place par l'Assureur feront la preuve entre les parties de l'intégrité du mandat de prélèvement SEPA mis en place le cas échéant par l'adhérent-souscripteur ; en tout état de cause, les données contenues dans le système d'information de l'Assureur sont opposables à l'adhérent-souscripteur et ont valeur probante en matière d'application de toutes les dispositions du contrat.

ANNEXE 6

INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ DE DISTRIBUTION DE CRM 80

Le présent contrat est susceptible de faire l'objet d'une activité de distribution auprès de CRM 80 au titre de la prise en charge des appels téléphoniques des sociétaires et prospects. Ce service intervient en complément de la plateforme téléphonique de la MIF (tél. 09 70 15 77 77).

Informations délivrées en application de l'article L.521-2 du Code des assurances.

- Dénomination sociale : CRM 80, filiale du Groupe KONECTA, Société par actions simplifiées à associé unique au capital de 1 365 800,00 euros
- Adresse professionnelle : 42 à 46 rue Riolan - 80000 Amiens
- N° immatriculation : RCS Amiens B 409 709 342
- N° Orias : 08044782 en qualité de mandataire d'assurance (www.orias.fr)
- Existence de liens capitalistiques avec le mandant : néant

CRM 80 intervient en qualité de mandataire d'assurance pour le compte de la MIF : LA MUTUELLE D'IVRY (la Fraternelle), organisme mandant, dans le cadre d'un service de prise en charge d'appels entrants et sortants de sociétaires et prospects, dédié aux contrats dont la MIF est l'assureur. À ce titre, CRM 80 est rémunéré par la MIF sur la base du temps passé au traitement de l'appel pour distribuer les produits d'assurance.

L'autorité en charge du contrôle des activités d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 / www.acpr.banque-france.fr

Pour toute réclamation, l'adhérent-souscripteur est invité à se reporter aux précisions figurant dans la présente Note d'information, dispositions réglementaires.

BARÈME DES COTISATIONS (FRAIS ET ASSISTANCE INCLUS) - en vigueur au 01/09/2024.

Barèmes / COTISATION UNIQUE Cotisation payable à la souscription soit par prélèvement en cas de souscription digitale soit par chèque adressé à la MIF en cas de souscription par formulaire papier.

âge au 31/12	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €	11 000 €	12 000 €
50	3 494,04 €	4 273,29 €	5 052,54 €	5 831,79 €	6 611,04 €	7 390,29 €	8 169,54 €	8 948,79 €	9 728,04 €
51	3 506,22 €	4 291,80 €	5 077,38 €	5 862,96 €	6 648,54 €	7 434,12 €	8 219,70 €	9 005,28 €	9 790,86 €
52	3 518,79 €	4 310,72 €	5 102,65 €	5 894,58 €	6 686,51 €	7 478,44 €	8 270,37 €	9 062,30 €	9 854,23 €
53	3 531,62 €	4 329,88 €	5 128,14 €	5 926,40 €	6 724,66 €	7 522,92 €	8 321,18 €	9 119,44 €	9 917,70 €
54	3 544,61 €	4 349,20 €	5 153,79 €	5 958,38 €	6 762,97 €	7 567,56 €	8 372,15 €	9 176,74 €	9 981,33 €
55	3 557,91 €	4 368,83 €	5 179,75 €	5 990,67 €	6 801,59 €	7 612,51 €	8 423,43 €	9 234,35 €	10 045,27 €
56	3 571,36 €	4 388,60 €	5 205,84 €	6 023,08 €	6 840,32 €	7 657,56 €	8 474,80 €	9 292,04 €	10 109,28 €
57	3 585,02 €	4 408,58 €	5 232,14 €	6 055,70 €	6 879,26 €	7 702,82 €	8 526,38 €	9 349,94 €	10 173,50 €
58	3 598,97 €	4 428,85 €	5 258,73 €	6 088,61 €	6 918,49 €	7 748,37 €	8 578,25 €	9 408,13 €	10 238,01 €
59	3 680,98 €	4 517,19 €	5 353,40 €	6 189,61 €	7 025,82 €	7 862,03 €	8 698,24 €	9 534,45 €	10 370,66 €
60	3 692,50 €	4 535,01 €	5 377,52 €	6 220,03 €	7 062,54 €	7 905,05 €	8 747,56 €	9 590,07 €	10 432,58 €
61	3 704,27 €	4 553,07 €	5 401,87 €	6 250,67 €	7 099,47 €	7 948,27 €	8 797,07 €	9 645,87 €	10 494,67 €
62	3 716,14 €	4 571,20 €	5 426,26 €	6 281,32 €	7 136,38 €	7 991,44 €	8 846,50 €	9 701,56 €	10 556,62 €
63	3 728,36 €	4 589,66 €	5 450,96 €	6 312,26 €	7 173,56 €	8 034,86 €	8 896,16 €	9 757,46 €	10 618,76 €
64	3 740,56 €	4 608,04 €	5 475,52 €	6 343,00 €	7 210,48 €	8 077,96 €	8 945,44 €	9 812,92 €	10 680,40 €
65	3 752,89 €	4 626,49 €	5 500,09 €	6 373,69 €	7 247,29 €	8 120,89 €	8 994,49 €	9 868,09 €	10 741,69 €
66	3 765,33 €	4 645,00 €	5 524,67 €	6 404,34 €	7 284,01 €	8 163,68 €	9 043,35 €	9 923,02 €	10 802,69 €
67	3 777,84 €	4 663,51 €	5 549,18 €	6 434,85 €	7 320,52 €	8 206,19 €	9 091,86 €	9 977,53 €	10 863,20 €
68	3 790,37 €	4 681,96 €	5 573,55 €	6 465,14 €	7 356,73 €	8 248,32 €	9 139,91 €	10 031,50 €	10 923,09 €
69	3 802,89 €	4 700,32 €	5 597,75 €	6 495,18 €	7 392,61 €	8 290,04 €	9 187,47 €	10 084,90 €	10 982,33 €
70	3 854,46 €	4 757,65 €	5 660,84 €	6 564,03 €	7 467,22 €	8 370,41 €	9 273,60 €	10 176,79 €	11 079,98 €
71	3 864,99 €	4 773,85 €	5 682,71 €	6 591,57 €	7 500,43 €	8 409,29 €	9 318,15 €	10 227,01 €	11 135,87 €
72	3 875,55 €	4 790,00 €	5 704,45 €	6 618,90 €	7 533,35 €	8 447,80 €	9 362,25 €	10 276,70 €	11 191,15 €
73	3 886,08 €	4 806,02 €	5 725,96 €	6 645,90 €	7 565,84 €	8 485,78 €	9 405,72 €	10 325,66 €	11 245,60 €
74	3 896,64 €	4 821,99 €	5 747,34 €	6 672,69 €	7 598,04 €	8 523,39 €	9 448,74 €	10 374,09 €	11 299,44 €
75	3 907,18 €	4 837,85 €	5 768,52 €	6 699,19 €	7 629,86 €	8 560,53 €	9 491,20 €	10 421,87 €	11 352,54 €
76	3 917,64 €	4 853,53 €	5 789,42 €	6 725,31 €	7 661,20 €	8 597,09 €	9 532,98 €	10 468,87 €	11 404,76 €
77	3 928,07 €	4 869,08 €	5 810,09 €	6 751,10 €	7 692,11 €	8 633,12 €	9 574,13 €	10 515,14 €	11 456,15 €
78	3 938,34 €	4 884,35 €	5 830,36 €	6 776,37 €	7 722,38 €	8 668,39 €	9 614,40 €	10 560,41 €	11 506,42 €
79	3 948,57 €	4 899,48 €	5 850,39 €	6 801,30 €	7 752,21 €	8 703,12 €	9 654,03 €	10 604,94 €	11 555,85 €
80	3 958,54 €	4 914,19 €	5 869,84 €	6 825,49 €	7 781,14 €	8 736,79 €	9 692,44 €	10 648,09 €	11 603,74 €

Exemple : Vous souhaitez souscrire un capital de 6 000 € sachant qu'au 31 décembre de l'année en cours vous aurez 66 ans. Vous devez vous reporter à la ligne « 66 ans ». Le montant de votre cotisation unique s'élèvera à 5 524,67 € payable à la souscription.

Barèmes / COTISATION VIAGÈRE PRÉLEVÉE MENSUELLEMENT

âge au 31/12	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €	11 000 €	12 000 €
50	11,30 €	13,90 €	16,50 €	19,10 €	21,70 €	24,30 €	26,90 €	29,51 €	32,11 €
51	11,65 €	14,34 €	17,03 €	19,71 €	22,40 €	25,09 €	27,78 €	30,47 €	33,16 €
52	12,02 €	14,80 €	17,58 €	20,36 €	23,14 €	25,92 €	28,70 €	31,49 €	34,27 €

Suite de ce tableau des cotisations viagères prélevées mensuellement page suivante, pour les âges au 31/12 allant de 53 à 80 ans.

Barèmes / COTISATION VIAGÈRE PRÉLEVÉE MENSUELLEMENT

âge au 31/12	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €	11 000 €	12 000 €
53	12,41 €	15,29 €	18,17 €	21,04 €	23,92 €	26,80 €	29,68 €	32,56 €	35,44 €
54	12,82 €	15,80 €	18,78 €	21,76 €	24,74 €	27,72 €	30,70 €	33,69 €	36,67 €
55	13,25 €	16,34 €	19,43 €	22,52 €	25,61 €	28,70 €	31,79 €	34,88 €	37,97 €
56	13,71 €	16,91 €	20,12 €	23,32 €	26,52 €	29,73 €	32,93 €	36,13 €	39,34 €
57	14,19 €	17,52 €	20,84 €	24,17 €	27,49 €	30,81 €	34,14 €	37,46 €	40,79 €
58	14,71 €	18,16 €	21,62 €	25,07 €	28,52 €	31,98 €	35,43 €	38,88 €	42,34 €
59	15,26 €	18,85 €	22,44 €	26,03 €	29,62 €	33,21 €	36,80 €	40,39 €	43,98 €
60	16,07 €	19,80 €	23,54 €	27,27 €	31,01 €	34,75 €	38,48 €	42,22 €	45,95 €
61	16,69 €	20,58 €	24,47 €	28,36 €	32,25 €	36,14 €	40,03 €	43,92 €	47,81 €
62	17,35 €	21,40 €	25,46 €	29,51 €	33,57 €	37,63 €	41,68 €	45,74 €	49,79 €
63	18,05 €	22,28 €	26,51 €	30,74 €	34,98 €	39,21 €	43,44 €	47,67 €	51,90 €
64	18,80 €	23,22 €	27,64 €	32,06 €	36,48 €	40,90 €	45,31 €	49,73 €	54,15 €
65	19,60 €	24,22 €	28,84 €	33,46 €	38,08 €	42,70 €	47,31 €	51,93 €	56,55 €
66	20,45 €	25,29 €	30,12 €	34,95 €	39,78 €	44,62 €	49,45 €	54,28 €	59,11 €
67	21,37 €	26,43 €	31,49 €	36,55 €	41,61 €	46,67 €	51,73 €	56,79 €	61,85 €
68	22,34 €	27,64 €	32,95 €	38,25 €	43,56 €	48,86 €	54,16 €	59,47 €	64,77 €
69	23,39 €	28,95 €	34,52 €	40,08 €	45,65 €	51,22 €	56,78 €	62,35 €	67,91 €
70	24,72 €	30,57 €	36,41 €	42,26 €	48,11 €	53,95 €	59,80 €	65,64 €	71,49 €
71	25,93 €	32,08 €	38,22 €	44,37 €	50,52 €	56,67 €	62,81 €	68,96 €	75,11 €
72	27,22 €	33,69 €	40,16 €	46,64 €	53,11 €	59,58 €	66,05 €	72,52 €	78,99 €
73	28,62 €	35,44 €	42,26 €	49,09 €	55,91 €	62,73 €	69,55 €	76,37 €	83,19 €
74	30,14 €	37,34 €	44,53 €	51,73 €	58,93 €	66,13 €	73,33 €	80,53 €	87,73 €
75	31,78 €	39,39 €	46,99 €	54,60 €	62,21 €	69,82 €	77,43 €	85,04 €	92,65 €
76	33,55 €	41,61 €	49,66 €	57,71 €	65,77 €	73,82 €	81,87 €	89,93 €	97,98 €
77	35,49 €	44,03 €	52,56 €	61,10 €	69,64 €	78,18 €	86,71 €	95,25 €	103,79 €
78	37,61 €	46,67 €	55,74 €	64,81 €	73,87 €	82,94 €	92,01 €	101,07 €	110,14 €
79	39,91 €	49,55 €	59,19 €	68,84 €	78,48 €	88,12 €	97,76 €	107,41 €	117,05 €
80	42,42 €	52,69 €	62,95 €	73,22 €	83,49 €	93,76 €	104,03 €	114,30 €	124,57 €

Exemple :

Vous souhaitez souscrire un capital de 8 000 € sachant qu'au 31 décembre de l'année en cours vous aurez 56 ans. Vous devez vous reporter à la ligne « 56 ans ». Le montant de votre cotisation viagère s'élèvera à 26,52 € prélevé mensuellement.

Barèmes / COTISATION TEMPORAIRE SUR 10 ANS PRÉLEVÉE MENSUELLEMENT

âge au 31/12	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €	11 000 €	12 000 €
50	31,16 €	38,16 €	45,17 €	52,17 €	59,17 €	66,17 €	73,18 €	80,18 €	87,18 €
51	31,34 €	38,41 €	45,48 €	52,56 €	59,63 €	66,71 €	73,78 €	80,85 €	87,93 €
52	31,52 €	38,67 €	45,82 €	52,96 €	60,11 €	67,26 €	74,41 €	81,56 €	88,71 €
53	31,72 €	38,94 €	46,16 €	53,39 €	60,61 €	67,83 €	75,06 €	82,28 €	89,50 €
54	31,92 €	39,22 €	46,52 €	53,82 €	61,12 €	68,42 €	75,72 €	83,02 €	90,32 €
55	32,14 €	39,52 €	46,90 €	54,28 €	61,65 €	69,03 €	76,41 €	83,79 €	91,17 €

Suite de ce tableau des cotisations temporaires sur 10 ans prélevées mensuellement page suivante, pour les âges au 31/12 allant de 56 à 80 ans.

âge au 31/12	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €	11 000 €	12 000 €
56	32,36 €	39,82 €	47,27 €	54,73 €	62,19 €	69,65 €	77,11 €	84,57 €	92,02 €
57	32,60 €	40,14 €	47,69 €	55,23 €	62,77 €	70,31 €	77,86 €	85,40 €	92,94 €
58	32,86 €	40,49 €	48,12 €	55,75 €	63,38 €	71,01 €	78,64 €	86,27 €	93,90 €
59	33,69 €	41,41 €	49,13 €	56,85 €	64,57 €	72,29 €	80,01 €	87,73 €	95,45 €
60	33,96 €	41,77 €	49,59 €	57,41 €	65,22 €	73,04 €	80,86 €	88,67 €	96,49 €
61	34,26 €	42,17 €	50,09 €	58,01 €	65,93 €	73,84 €	81,76 €	89,68 €	97,60 €
62	34,57 €	42,59 €	50,61 €	58,64 €	66,66 €	74,68 €	82,71 €	90,73 €	98,75 €
63	34,91 €	43,04 €	51,18 €	59,31 €	67,45 €	75,58 €	83,72 €	91,85 €	99,99 €
64	35,27 €	43,52 €	51,78 €	60,03 €	68,28 €	76,54 €	84,79 €	93,04 €	101,30 €
65	35,67 €	44,05 €	52,43 €	60,81 €	69,18 €	77,56 €	85,94 €	94,32 €	102,69 €
66	36,09 €	44,60 €	53,11 €	61,62 €	70,13 €	78,64 €	87,14 €	95,65 €	104,16 €
67	36,55 €	45,20 €	53,85 €	62,49 €	71,14 €	79,79 €	88,43 €	97,08 €	105,73 €
68	37,05 €	45,84 €	54,64 €	63,43 €	72,22 €	81,02 €	89,81 €	98,60 €	107,40 €
69	37,58 €	46,53 €	55,48 €	64,43 €	73,38 €	82,33 €	91,28 €	100,23 €	109,18 €
70	38,49 €	47,61 €	56,73 €	65,85 €	74,97 €	84,08 €	93,20 €	102,32 €	111,44 €
71	39,11 €	48,41 €	57,71 €	67,00 €	76,30 €	85,60 €	94,90 €	104,20 €	113,50 €
72	39,80 €	49,29 €	58,79 €	68,28 €	77,78 €	87,27 €	96,77 €	106,26 €	115,75 €
73	40,55 €	50,26 €	59,97 €	69,67 €	79,38 €	89,09 €	98,80 €	108,50 €	118,21 €
74	41,40 €	51,35 €	61,29 €	71,24 €	81,18 €	91,13 €	101,07 €	111,01 €	120,96 €
75	42,38 €	52,58 €	62,79 €	73,00 €	83,21 €	93,41 €	103,62 €	113,83 €	124,04 €
76	43,46 €	53,96 €	64,46 €	74,96 €	85,47 €	95,97 €	106,47 €	116,97 €	127,47 €
77	44,70 €	55,54 €	66,37 €	77,20 €	88,04 €	98,87 €	109,70 €	120,54 €	131,37 €
78	46,11 €	57,32 €	68,52 €	79,73 €	90,93 €	102,14 €	113,35 €	124,55 €	135,76 €
79	47,72 €	59,34 €	70,97 €	82,60 €	94,22 €	105,85 €	117,47 €	129,10 €	140,73 €
80	49,52 €	61,62 €	73,72 €	85,82 €	97,91 €	110,01 €	122,11 €	134,21 €	146,30 €

Exemple :

Vous souhaitez souscrire un capital de 10 000 € sachant qu'au 31 décembre de l'année en cours vous aurez 70 ans. Vous devez vous reporter à la ligne « 70 ans ». Le montant de votre cotisation temporaire sur 10 ans s'élèvera à 93,20 € prélevé mensuellement.

Barèmes / COTISATION TEMPORAIRE SUR 5 ANS PRÉLEVÉE MENSUELLEMENT

âge au 31/12	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €	11 000 €	12 000 €
50	59,94 €	73,35 €	86,76 €	100,18 €	113,59 €	127,00 €	140,41 €	153,82 €	167,23 €
51	60,20 €	73,73 €	87,27 €	100,80 €	114,33 €	127,87 €	141,40 €	154,93 €	168,47 €
52	60,48 €	74,14 €	87,79 €	101,45 €	115,10 €	128,76 €	142,41 €	156,07 €	169,72 €
53	60,76 €	74,54 €	88,31 €	102,09 €	115,87 €	129,65 €	143,43 €	157,21 €	170,98 €
54	61,05 €	74,95 €	88,85 €	102,76 €	116,66 €	130,56 €	144,46 €	158,37 €	172,27 €
55	61,35 €	75,38 €	89,40 €	103,43 €	117,46 €	131,48 €	145,51 €	159,54 €	173,56 €

Suite de ce tableau des cotisations temporaires sur 5 ans prélevées mensuellement page suivante, pour les âges au 31/12 allant de 56 à 80 ans.

Barèmes / COTISATION TEMPORAIRE SUR 5 ANS PRÉLEVÉE MENSUELLEMENT

âge au 31/12	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €	11 000 €	12 000 €
56	61,66 €	75,81 €	89,96 €	104,11 €	118,27 €	132,42 €	146,57 €	160,72 €	174,88 €
57	61,97 €	76,25 €	90,53 €	104,81 €	119,09 €	133,37 €	147,65 €	161,93 €	176,21 €
58	62,31 €	76,72 €	91,13 €	105,54 €	119,95 €	134,36 €	148,77 €	163,18 €	177,59 €
59	63,77 €	78,32 €	92,86 €	107,40 €	121,94 €	136,49 €	151,03 €	165,57 €	180,11 €
60	64,09 €	78,77 €	93,45 €	108,13 €	122,80 €	137,48 €	152,16 €	166,84 €	181,52 €
61	64,43 €	79,25 €	94,07 €	108,88 €	123,70 €	138,52 €	153,34 €	168,15 €	182,97 €
62	64,78 €	79,74 €	94,70 €	109,66 €	124,62 €	139,58 €	154,54 €	169,50 €	184,46 €
63	65,16 €	80,27 €	95,37 €	110,48 €	125,59 €	140,70 €	155,80 €	170,91 €	186,02 €
64	65,55 €	80,81 €	96,07 €	111,33 €	126,59 €	141,84 €	157,10 €	172,36 €	187,62 €
65	65,98 €	81,39 €	96,81 €	112,22 €	127,64 €	143,05 €	158,47 €	173,88 €	189,30 €
66	66,42 €	81,99 €	97,57 €	113,14 €	128,71 €	144,29 €	159,86 €	175,44 €	191,01 €
67	66,88 €	82,62 €	98,35 €	114,09 €	129,83 €	145,57 €	161,31 €	177,05 €	192,78 €
68	67,37 €	83,28 €	99,18 €	115,09 €	131,00 €	146,91 €	162,81 €	178,72 €	194,63 €
69	67,88 €	83,97 €	100,05 €	116,13 €	132,21 €	148,30 €	164,38 €	180,46 €	196,54 €
70	69,09 €	85,36 €	101,62 €	117,89 €	134,15 €	150,42 €	166,68 €	182,94 €	199,21 €
71	69,64 €	86,09 €	102,55 €	119,00 €	135,45 €	151,90 €	168,36 €	184,81 €	201,26 €
72	70,23 €	86,88 €	103,53 €	120,17 €	136,82 €	153,47 €	170,12 €	186,77 €	203,42 €
73	70,85 €	87,71 €	104,56 €	121,41 €	138,27 €	155,12 €	171,97 €	188,83 €	205,68 €
74	71,54 €	88,61 €	105,68 €	122,75 €	139,82 €	156,89 €	173,96 €	191,03 €	208,10 €
75	72,28 €	89,58 €	106,89 €	124,19 €	141,49 €	158,79 €	176,09 €	193,39 €	210,69 €
76	73,10 €	90,65 €	108,20 €	125,75 €	143,30 €	160,85 €	178,40 €	195,95 €	213,50 €
77	74,01 €	91,83 €	109,65 €	127,47 €	145,29 €	163,11 €	180,92 €	198,74 €	216,56 €
78	75,04 €	93,16 €	111,28 €	129,39 €	147,51 €	165,63 €	183,74 €	201,86 €	219,98 €
79	76,22 €	94,67 €	113,12 €	131,57 €	150,02 €	168,47 €	186,92 €	205,37 €	223,82 €
80	77,56 €	96,38 €	115,20 €	134,02 €	152,85 €	171,67 €	190,49 €	209,31 €	228,14 €

Exemple :

Vous souhaitez souscrire un capital de 12 000 € sachant qu'au 31 décembre de l'année en cours vous aurez 74 ans. Vous devez vous reporter à la ligne « 74 ans ». Le montant de votre cotisation temporaire sur 5 ans s'élèvera à 208,10 € prélevé mensuellement.

Le calcul de votre cotisation

Pour connaître le montant de votre cotisation, il vous suffit tout d'abord de déterminer :

- **la périodicité de paiement** : cotisation unique ou viagère ou temporaire sur 10 ans ou sur 5 ans prélevée mensuellement.
- **le montant du capital que vous souhaitez souscrire** : de 4 000 € à 12 000 €

La cotisation est fixe dans le temps, il est donc important de porter votre choix sur une périodicité de paiement en lien avec votre budget. En effet, une fois déterminée, la périodicité de paiement ne sera plus modifiable.

>> Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter un Conseiller MIF.

Puis reportez-vous au barème des cotisations correspondant à vos choix.

L'âge à prendre en compte est toujours celui que vous aurez au 31 décembre de l'année en cours.

Par exemple, vous souhaitez souscrire au mois de février et vous aurez 57 ans au mois de juillet.

Vous devez donc vous reporter à la ligne « 57 ans ».

L'Assuré, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Assuré.

GARANTIES		MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE	
DÈS LA SOUSCRIPTION			
Conseils, écoute, orientation		Illimités	
Informations juridiques		Illimitées	
Conseils et informations médicales		Illimités	
Accompagnement spécifique à la parentalité		Illimité	
ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL			
Appels de convivialité		Illimités	
Conseil social		Illimité	
Soutien psychologique		Illimité	
PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS			
	ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉCÈS		
Enregistrement et respect des volontés		Illimité	
Organisation des obsèques		Illimités	
Accompagnement psycho-social		Illimité	
Accompagnement et écoute		Illimité	
	PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS		
	En cas de décès en France	En cas de décès du bénéficiaire à + de 50 KM du domicile et dans le monde entier	
Aide à domicile	10 heures		
Prestations de bien-être et de soutien : (auxiliaire de vie, entretien du linge, petit jardinage, livraison de courses, coiffure et pédicure à domicile, portage de repas, coaching santé ou coaching nutrition)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		
Garde des personnes dépendantes	40 heures		
Garde des animaux	30 jours		
Téléassistance	3 mois		
Avance de fonds	3050 euros TTC		
Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire		Coûts réels	
Assistance des proches		Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit	
Retour des bénéficiaires ou de l'accompagnant		500 euros TTC	
Taxi		155 euros TTC	
Retour prématuré de l'Assuré (décès d'un proche)	500 euros TTC		

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- L'Assuré ayant souscrit une Garantie Frais Décès auprès de la Mutuelle d'Ivry la Fraternelle (MIF).

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de « Garantie Frais Décès » de la Mutuelle d'Ivry la Fraternelle (MIF).

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Assuré auprès de la Mutuelle d'Ivry la Fraternelle (MIF), aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteuse.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile et dans le monde entier, pour la prestation "Transfert/rapatriement de corps en cas de décès").

*Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

*Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite du fait générateur suivant et tel que défini dans la présente notice d'information :

- un décès.

L'Assisteuse propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUSE SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

par téléphone (numéro cristal – appel non surtaxé) :

09 85 98 88 00

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

par téléphone : 00 33 9 85 98 88 00

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmasistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Assuré,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteuse.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le transfert/rapatriement de corps en cas de décès et le conseil, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà des 48 heures, l'Assisteuse pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteuse tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteuse sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteuse se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés. Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par l'Assisteuse ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteuse et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteuse ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteuse pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en oeuvre par l'Assisteuse, après accord préalable de l'Assisteuse, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteuse (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteuse est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en oeuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteuse.

Dans de tels cas, l'Assisteuse s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteuse de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteuse ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteuse met tout en oeuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteuse ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteuse se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteuse, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en oeuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteuse à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteuse après évaluation.

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Assuré. Pour être considéré comme ayant droit de l'Assuré, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Assuré et vivant sous le même toit.

Assuré : Personne physique (âgée d'au moins 18 ans) sur laquelle reposent les garanties de la Garantie Frais de décès, souscrite auprès de la MIF, et désignée comme telle aux Conditions Particulières et dont le paiement de la cotisation d'adhésion et/ou le décès conditionne(nt) la mise en oeuvre des garanties prévues au présent contrat.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'État français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Bénéficiaire : l'Assuré ainsi que les destinataires des garanties d'assistance, lors du décès de l'Assuré, en qualité de conjoint de l'Assuré, ou partenaire de l'Assuré lié par un PACS, ou concubin notoire de l'Assuré, descendants ou ascendants de l'Assuré fiscalement à charge au jour du décès de l'Assuré.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Assuré. En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

État d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM. Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite du fait générateur suivant, tel que défini par la présente notice d'information : • un décès.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte). Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, soeur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Pays de séjour : pays dans lequel le Bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les soeurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-soeur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

Le service Écoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.**

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques...

En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs(alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales,

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE A LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficiaire, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Un interlocuteur qualifié est à votre disposition et le coût de ces conseils est pris en charge par l'Assisteur.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les Bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

13. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

14. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

15. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

16. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

B. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'Assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.**

C. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lors du décès de l'Assuré, ce service permet à l'entourage de l'Assuré de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

D. SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉCOUTE

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

17. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS EN FRANCE

Lors du décès de l'Assuré en France, l'Assisteur évalue la situation au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge pour l'un des autres Bénéficiaires, la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

A. AIDE À DOMICILE

Lors du décès de l'Assuré, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres Bénéficiaires, une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes, à **concurrence de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Lors du décès de l'Assuré, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une prestation de bien-être de soutien à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres Bénéficiaires :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Lors du décès de l'Assuré qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés (sans limite d'âge), l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants ou petits-enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants.

D. GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES

Lors du décès de l'Assuré qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Assurés domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Lors du décès de l'Assuré et s'il a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

Lors du décès de l'Assuré, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance pour l'un des autres Bénéficiaires et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.** L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

G. AVANCE DE FONDS

Si l'un des autres Bénéficiaires ou les proches du Bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, **une somme maximum de 3 050 euros TTC,** pour les frais d'obsèques. **Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement.**

À cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

18. PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE DE L'ASSURÉ EN FRANCE RETOUR PRÉMATURÉ

Si l'Assuré doit interrompre son séjour en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour du Bénéficiaire.

19. PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE ET DANS LE MONDE ENTIER

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- en France ou dans les DROM, à plus de 50 kilomètres du domicile principal de l'Assuré,
- lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.

***Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.**

A. TRANSFERT OU RAPATRIEMENT DU CORPS OU DE L'URNE CINÉRAIRE

En cas de décès de l'Assuré lors d'un déplacement, l'Assisteur organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration, ainsi qu'un cercueil standard, conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport, sont également pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**

Frais non pris en charge :

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps :

À la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de rapatriement/transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

B. ASSISTANCE DES PROCHES EN CAS DE DÉCÈS

Lors du décès de l'Assuré, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche ou à l'un de Bénéficiaires, les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un Bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du Bénéficiaire. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 125 euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

C. RETOUR DES BÉNÉFICIAIRES ET/OU DE L'ACCOMPAGNANT

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France Métropolitaine, Monaco ou Andorre des Bénéficiaires se trouvant sur place et / ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de Bénéficiaire de l'Assuré), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux de compagnie voyageant avec l'Assuré et / ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des Bénéficiaires susvisés et / ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans les DROM.

D. MISE À DISPOSITION D'UN TAXI

L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires un taxi à concurrence de 155 euros TTC.

Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès de l'Assuré et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet évènement.

CADRE JURIDIQUE

20. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

21. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement. Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examen préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

22. EXCLUSIONS

A. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

23. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

24. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

25. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

26. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ; 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

27. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en oeuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci. Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à WORLDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 BEZONS ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

28. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social :

RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

À défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

29. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

RMA : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE

Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX
Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro SIREN 444 269 682

MIF : LA MUTUELLE D'IVRY (la Fraternelle)

Siège social : 23 rue Yves Toudic - 75481 PARIS CEDEX 10 / Tél. 0 970 15 77 77 / www.mifassur.com
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité / Identifiée sous le numéro SIREN 310 259 221
Contrôlée par l'ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09