

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF DE PRÉVOYANCE

n° de police CCFPrev01

CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

Les droits et obligations du présent contrat peuvent faire l'objet de modifications par voie d'avenants. Ces modifications et leurs modalités d'entrée en vigueur vous seront communiquées par la MNH.

Garanties offertes définies dans le présent document :

Capital décès : 11 000 € et Capital éducation : 2 750 € (article II du Titre 2)

Capital invalidité totale et définitive : 11 000 € (article III du Titre 2)

Rente survie : 110 € /mois (article IV du Titre 2)

Rente dépendance : 300 €/mois (GIR 1 et 2) ou 150 €/mois (GIR 3)

Capital dépendance (GIR 4) : 1 000 € - Capital aménagement : 2 000 € (article V du Titre 2)

Les montants des rentes du présent contrat sont fixés forfaitairement et ne garantissent pas le paiement d'un montant au moins égal aux sommes versées, nettes de frais.

Le contrat ne comporte pas de faculté de rachat ou de transfert, les cotisations versées dans le cadre du présent contrat ne donnent pas lieu à un remboursement de cotisation en cas de résiliation du contrat. De plus, il n'y a pas de participation aux excédents.

SANS FRAIS DE DOSSIER

La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale de l'adhérent, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le souscripteur peut demander conseil auprès de la MNH.

Le souscripteur peut nommément désigner le ou les bénéficiaires du capital décès en complétant le document prévu à cet effet qui lui sera envoyé, à sa demande, par MNH Prévoyance. La clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. À défaut de désignation, la clause type des bénéficiaires définie dans la présente notice s'appliquera.

Conformément à l'article II b.1. du Titre 2 de la présente notice, toute personne dispose de la faculté de demander par lettre à tout organisme professionnel représentatif d'être informée de l'existence d'une stipulation à son bénéfice dans une police souscrite par le souscripteur dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de l'adhérent sur certaines dispositions essentielles de la présente notice d'information. Il est important que l'adhérent lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin de souscription.

Le présent contrat de prévoyance est un contrat collectif facultatif souscrit par la MNH auprès de MNH Prévoyance, assureur du risque. Ces mutuelles sont régies par le livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF DE PRÉVOYANCE

TITRE 1 :

- **Dispositions générales**

TITRE 2 :

- **Contenu de l'offre**

ANNEXE :

NOTICE D'INFORMATION DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE DÉPENDANCE

Article I

Définitions

Le souscripteur est le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, d'un membre participant de la MNH, disposant de la qualité d'ayant droit à la MNH (conformément à l'article 10-1 des statuts de la MNH), inscrit au présent contrat, acquittant sa cotisation par le biais du membre participant et répondant aux conditions du b.1 de l'article I du titre 2.

Le bénéficiaire est la personne qui recevra les prestations versées par MNH Prévoyance en cas de réalisation du risque.

L'enfant à charge est l'enfant rattaché fiscalement au foyer, né ou à naître (c'est-à-dire viable dans les dix mois qui suivent le décès du souscripteur au contrat), légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, dont le souscripteur au contrat pourvoit aux besoins et assure l'entretien, de manière effective et permanente, et qui est :

- Âgé de moins de 21 ans,
- Ou âgé de moins de 26 ans et poursuivant des études, en apprentissage ou sans emploi,
- Ou handicapé quel que soit son âge.

L'enfant handicapé est l'enfant à charge, pouvant justifier :

- De la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, attribuée à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 80 %. A titre exceptionnel, en cas de non délivrance de cette carte d'invalidité pour des motifs légitimes, MNH Prévoyance se réserve la faculté d'étudier les demandes de prestations formulées par un adhérent.
Aucune condition d'âge n'est exigée.

L'accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part du souscripteur et entraînant une atteinte corporelle.

Sont réputés répondre à cette définition les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.

Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier ne sont pas considérés comme accidentels sauf celles découlant d'accidents.

Est considéré **en état d'invalidité totale et définitive**, le souscripteur qui est à la fois :

- Dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse de sa profession ou non,
- Obligé de recourir de façon définitive à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir un des actes ordinaires de la vie,
- Et reconnu par le médecin conseil de MNH Prévoyance comme répondant aux deux critères ci-dessus.

La dépendance est définie par référence aux groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources).

La dépendance doit être consolidée et définitive, c'est-à-dire qu'au moment de l'évaluation, l'état de santé de la personne examinée est considéré comme ne pouvant s'améliorer dans le temps, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement (dans l'état des connaissances médicales). La dépendance doit être prononcée par le médecin conseil de MNH Prévoyance.

La dépendance totale correspond aux GIR 1 et 2 :

Le GIR 1 comprend, à titre indicatif, les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé, à titre indicatif, de 2 sous-groupes :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- Les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

La dépendance lourde correspond au GIR 3 :

Le GIR 3 comprend, à titre indicatif, les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

La dépendance partielle correspond au GIR 4 :

Le GIR 4 comprend, à titre indicatif, les personnes qui n'assument pas seules leur transfert (action de se lever, se coucher, s'asseoir) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Article II

Objet du contrat

Ce contrat collectif facultatif, régi par le code de la Mutualité, est souscrit par la MNH auprès de MNH Prévoyance. Il s'exerce conformément aux statuts de la MNH et aux statuts de MNH Prévoyance. L'objet de ce contrat est la mise en place d'une protection sociale en matière de prévoyance au bénéfice des conjoints ayants droit tels que définis à l'article I b.1. du Titre 2.

Les droits et obligations du présent contrat peuvent faire l'objet de modifications par voie d'avenants. Les modalités seront communiquées aux souscripteurs par la MNH.

Article III

Date d'effet et durée du contrat collectif

Le contrat collectif souscrit par la MNH auprès de MNH Prévoyance pour couvrir la présente offre prévoyance prend effet le 1^{er} janvier 2007. Il est souscrit pour un an avec tacite reconduction.

Article IV Résiliation du contrat

En cas de résiliation du présent contrat par la MNH ou par MNH Prévoyance, les garanties cessent au jour de la prise d'effet de cette dernière.

Les rentes survie et les rentes perte d'autonomie en cours de service continueront d'être servies à leur niveau atteint à la date de résiliation, mais ne seront plus revalorisées dans l'avenir.

Article V Exclusions

MNH Prévoyance ne prend pas en charge les risques résultant :

- De guerre civile ou étrangère,
- Du meurtre par le bénéficiaire de l'assurance,
- Directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome.

Article VI Fausse déclaration

La souscription au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par le souscripteur au contrat, dès lors qu'elle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour MNH Prévoyance, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur un sinistre. MNH Prévoyance pourra par ailleurs engager des poursuites contre l'adhérent ou ses bénéficiaires pour la récupération des sommes indûment versées. Les cotisations antérieurement versées par le souscripteur à MNH Prévoyance restent acquises à titre conservatoire à cette dernière au titre des charges engagées.

Article VII Conditions de règlement des prestations

➔ a. Prescription

Les demandes de prestations doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans. Ce délai est porté à dix ans pour les prestations dont le bénéficiaire n'est pas le souscripteur.

Ce délai court à partir de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations au titre de l'offre prévoyance et à partir du moment où le ou les bénéficiaire(s) en a (ont) connaissance pour la garantie en cas de décès.

À partir du jour où la décision de MNH Prévoyance relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée à l'intéressé, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à MNH Prévoyance dans un délai de six mois par lettre recommandée avec accusé de réception.

➔ b. Contrôle médical et conciliation

MNH Prévoyance se réserve le droit d'effectuer ou de faire effectuer un contrôle médical du souscripteur et/ou de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de MNH Prévoyance par un médecin qu'elle aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestations qu'en cours de prestation.

Le souscripteur qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée, que ce soit à l'ouverture du dossier ou en cours de versement.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de MNH Prévoyance, le souscripteur peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes. Si le médecin du souscripteur et le médecin conseil de MNH Prévoyance ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé du souscripteur au contrat, MNH Prévoyance les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen. Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'adhérent en faisant l'avance.

Si l'état de dépendance survient avant l'âge de 60 ans, le souscripteur doit remettre, à l'appui de sa demande de règlement, un questionnaire préalablement complété par son médecin traitant. Les honoraires de ce dernier seront pris en charge par MNH Prévoyance.

➔ c. Recherche et échange d'information

Lorsque les pièces et justificatifs exigés pour le règlement des prestations sont insuffisants, MNH Prévoyance est autorisée, dans l'intérêt des personnes, sauf avis contraire de la part du souscripteur, à se tourner vers les services sociaux de la MNH afin de recueillir les informations indispensables à l'instruction du dossier.

Article VIII Réclamation

Une réclamation est l'expression d'une insatisfaction ou d'un mécontentement formulée par un adhérent ou l'un de ses ayants-droit à l'encontre de la MNH ou d'un de ses prestataires malgré la réponse qui lui a été apportée par son interlocuteur.

L'adhérent ou l'un de ses ayants-droit peut adresser, à son conseiller habituel ou au Service Satisfaction Clients par courrier à l'adresse MNH - Service Satisfaction Clients - 45213 MONTARGIS Cedex ou par mail à courrier@mnh.fr ou par téléphone au 30 31 ou par fax au 02.38.90.78.51, toute réclamation en précisant la nature de la réclamation, le numéro de contrat et les coordonnées auxquelles l'intéressé souhaite être recontacté.

Toutes les réclamations, quel que soit le canal de réception, font l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables suivant la date de réception de la demande.

Elles sont traitées sous un délai de deux (2) mois suivant la date de réception de la demande.

Article IX Médiation

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à une réclamation, et après extinction des voies de recours internes, le médiateur de la Fédération nationale de la mutualité française peut être saisi par l'adhérent ou l'un de ses ayants-droit.

La demande de saisine du médiateur de la FNMF peut être adressée à la mutuelle aux coordonnées indiquées à l'article VIII du présent document qui la transmet à la FNMF, ou transmise directement à la FNMF soit par courrier au 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15 soit par mail à mediation@mutualite.fr.

Le règlement de la médiation de la FNMF précisant les modalités de recours au médiateur est consultable sur le site suivant : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

L'avis du médiateur de la FNMF ne préjuge pas du droit de l'adhérent ou d'un bénéficiaire à saisir la justice.

La décision du médiateur ne s'impose pas à la mutuelle.

Article X

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au code de la Mutualité, MNH Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution situé :

ACPR - 4, place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Article I Dispositions communes

➔ a. Descriptif

L'offre comprend les garanties suivantes :

Pour les souscripteurs de moins de 65 ans bénéficiant des garanties MNH Evolya (niveaux 2, 3 et 4), MNH Evolya seniors (niveaux 1+, 2, 3 et 4) et MNH Evolya^M (niveaux 2, 3 et 4) :

- Versement d'un capital en cas de décès du souscripteur quelle qu'en soit la cause (dit décès " toutes causes ") + versement d'un capital décès supplémentaire par enfant à charge tel que défini à l'article I du Titre 1 (dit capital éducation),
- Versement d'un capital en cas d'invalidité totale et définitive du souscripteur.
- Versement d'une rente survie aux enfants handicapés en cas d'invalidité totale et définitive du souscripteur, telle que définie à l'article I du Titre 1, survenue avant ses 65 ans.

Pour les souscripteurs âgés de 65 à 74 ans révolus inscrits à la MNH dans les garanties MNH Evolya (niveaux 2, 3 et 4), MNH Evolya seniors (niveaux 1+, 2, 3 et 4) et MNH Evolya^M (niveaux 2, 3 et 4) :

- Versement d'un capital en cas de décès du souscripteur faisant suite à un accident tel que défini à l'article I du Titre I (dit décès « accidentel »)+ versement d'un capital décès supplémentaire par enfant à charge tel que défini à l'article I du Titre 1 (dit capital éducation).

Pour tous les souscripteurs bénéficiant des garanties MNH Evolya, MNH Evolya seniors et MNH Evolya^M, quelque soit le niveau de garantie :

- Versement d'une rente à 100 % en cas de dépendance totale correspondant aux GIR 1 et 2,
- Versement d'une rente à 50 % en cas de dépendance lourde correspondant au GIR 3,
- Versement d'un capital en cas de dépendance partielle correspondant au GIR 4,
- Versement d'un capital aménagement de 2 000 € maximum si des travaux sont nécessaires pour favoriser le maintien à domicile, quel que soit le niveau de dépendance du souscripteur (GIR 1, 2, 3 ou 4),
- Versement d'une rente survie aux enfants handicapés en cas de décès du souscripteur (sauf pour ceux inscrits à la MNH dans les garanties MNH Evolya Primo, MNH Evolya^M Primo, et MNH Evolya 1).

➔ b. Souscription à l'offre

● b.1. Personnes couvertes

Le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin d'un membre participant des catégories 1 et 3 définies à l'article 1er du règlement mutualiste de la MNH, peut souscrire au contrat dès lors qu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

- Qu'il soit inscrit pour sa complémentaire santé à la MNH en tant que conjoint ayant droit, au sens de l'article 10-1 des statuts de la MNH,
- Que le membre participant auquel il est rattaché à la MNH, bénéficie du contrat de prévoyance collective obligatoire (n° de police CCOPrev01),
- Qu'il soit âgé de moins de 65 ans au 31 décembre de l'année de souscription au présent contrat de prévoyance.
- Qu'il ne bénéficie pas de la garantie MNH Essentya Seniors de la MNH.

La souscription n'est pas possible au-delà de cet âge. Il n'y a pas de sélection médicale.

La souscription est facultative et définitive. Elle ne cesse que dans les conditions prévues au b.4. du présent article.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la souscription au contrat sont couverts au titre du présent contrat.

Le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin en dépendance lourde (GIR 3) ou partielle (GIR 4) antérieurement au 1^{er} janvier 2013 ne peut bénéficier des garanties mises en place à cette même date, à savoir :

- GIR 3 : versement de 50 % de la rente, soit 1 800 €/an,
- GIR 4 : versement d'un capital de 1 000 €.

Il n'y a pas de reprise des états pathologiques antérieurs.

Est considérée comme souffrant d'état pathologique antérieur à la date de souscription au contrat, et ne pouvant alors être admise au contrat, toute personne qui répond à l'un des critères ci-après :

- Avoir besoin de manière permanente de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs actes de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, s'alimenter, faire ses besoins naturels),
- Avoir besoin de manière permanente d'une aide technique (exemple fauteuil roulant, élévateur, lit médicalisé, déambulateur...) pour accomplir un ou plusieurs actes de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, s'alimenter, faire ses besoins naturels),
- Percevoir l'aide personnalisée à l'autonomie ou toute aide ayant le même objet et pouvant s'y substituer,
- Percevoir une rente d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente du travail ou avoir perçu un capital invalidité,
- Bénéficier d'un congé de longue maladie, d'un congé de grave maladie, d'un congé de longue durée ou être mis en disponibilité d'office suite à épuisement des droits à congé de longue maladie ou congé de longue durée ou bénéficié depuis plus de douze mois d'une indemnisation au titre des maladies ou accidents imputables au service,
- Être classée en invalidité 2e ou 3e catégorie par la Sécurité sociale ou avoir un taux d'invalidité permanente de 100 % au titre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles,
- Bénéficier d'une anticipation de retraite pour invalidité.

● b.2. Formalités d'adhésion

Le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin répondant à la définition du b.1. du présent article doit remplir et signer un bulletin de souscription au contrat dans lequel il donne son consentement à l'assurance, et par lequel il désigne le ou les bénéficiaires du capital décès. En application de l'article L. 223-8 du code de la Mutualité, il peut renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception à sa souscription dans un délai de trente jours à compter du moment où il est informé de la prise d'effet de sa souscription.

● b.3. Date d'effet

La souscription au contrat prend effet, conformément au b.1. du présent article, au 1^{er} jour du mois suivant la signature du bulletin de souscription.

● **b.4. Cessation de la souscription**

La souscription au contrat cesse en cas de :

- Décès du souscripteur au contrat, au jour du décès,
- Perte de la qualité de conjoint ayant droit de la MNH, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité,
- Passage dans une garantie ou une catégorie n'ouvrant pas droit à l'offre prévoyance, au jour de la prise d'effet de ce changement de garantie ou de catégorie,
- Cessation de l'adhésion au contrat collectif obligatoire de prévoyance (n° CCOPrev01) du membre participant auquel le souscripteur est rattaché, au jour de la prise d'effet de la cessation,
- Non-paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la résiliation, conformément à la procédure inscrite à l'article L. 221-7 du code de la Mutualité,
- Résiliation du contrat collectif facultatif souscrit par la MNH auprès de MNH Prévoyance dans les conditions de l'article IV du Titre 1, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

En outre tout souscripteur peut résilier sa souscription :

- En raison des modifications apportées aux droits et obligations définis dans la présente notice d'information et ce, dans un délai d'un mois suivant la communication de ces modifications,
- À effet du 31 décembre de l'année en cours, sous réserve d'en aviser le Président de la mutuelle par écrit et par lettre recommandée au plus tard deux mois au moins avant la date précitée.

Cette résiliation est définitive, aucune souscription ultérieure au présent contrat ne sera possible, la personne reste bénéficiaire de la complémentaire santé, le cas échéant.

➡ **c. Cotisations**

● **c.1. Paiement de la cotisation**

La couverture est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée à l'article VI du présent Titre, variant en fonction de l'âge du souscripteur. Elle est acquittée en même temps et selon les mêmes modalités que la cotisation santé. L'encaissement des cotisations est fait par la MNH. Au même titre que la cotisation santé, la cotisation prévoyance est précomptée sur la rémunération ou la pension CNRACL du membre participant dont relève le souscripteur, prélevée sur son compte bancaire, postal ou de Caisse d'épargne ou réglée par tout autre moyen. Cette cotisation est appelée mensuellement ou trimestriellement par avance. À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, les garanties ne peuvent être suspendues que trente jours après la mise en demeure du membre participant dont relève le souscripteur. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties, intervenues en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant dont relève le souscripteur est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent effet pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du code de la Mutualité)

● **c.2. Exonération de cotisation**

Le souscripteur est exonéré du paiement de la cotisation s'il perçoit la rente dépendance.

● **c.3. Revalorisation des cotisations**

La cotisation forfaitaire est revalorisée chaque 1er janvier de l'année A sur la base de la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale au 1er juillet de l'année A-2.

● **c.4. Révision des cotisations**

Le barème des cotisations définies à l'article VI du présent Titre est révisable lors du renouvellement annuel de l'offre, en fonction des résultats du contrat et des caractéristiques de la population couverte.

Dans le cas où un nouveau barème serait établi par MNH Prévoyance, il serait notifié à la MNH, dix mois avant la date prévue pour le renouvellement.

La MNH s'engage à communiquer ce nouveau barème au membre participant dont relève le souscripteur, trois mois au moins avant la date prévue pour le renouvellement.

➡ **d. Revalorisation des prestations**

● **d.1. Fonds de revalorisation**

Un fonds de revalorisation propre à la présente garantie est créé. Il est destiné à financer la revalorisation future des prestations rente survie et rente dépendance en cours de service.

● **d.2. Revalorisation des garanties**

Les garanties peuvent, sur décision de MNH Prévoyance et après accord de son assemblée générale, être revalorisées chaque 1^{er} janvier.

● **d.3. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service**

Les prestations périodiques en cours de service, à savoir les rentes survie et rentes dépendance, sont revalorisées dans la limite du montant du Fonds de revalorisation défini au d.1. du présent article, chaque 1er janvier sur la base de la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale au 1er juillet de l'année précédente.

La résiliation du contrat met fin à la poursuite des revalorisations à la date d'effet de la rupture dans les conditions définies à l'article IV du Titre 1.

Article II

Garantie capital décès - capital éducation

➔ a. Objet de la garantie

- MNH Prévoyance garantit aux souscripteurs le versement d'un capital en cas de décès.

Le montant du capital "décès" est de 11 000 €.

- Un capital "éducation" supplémentaire est également versé à chaque enfant à charge tel que défini à l'article I du Titre 1, à la date du décès du souscripteur.

Le montant du capital "éducation" est de 2 750 € par enfant à charge tel que défini à l'article I du Titre 1.

Ces garanties prennent fin au 1er janvier de l'année au cours de laquelle le souscripteur atteint :

- 65 ans pour le risque décès « toutes causes »
- 75 ans pour le risque décès « accidentel »

➔ b. Bénéficiaires

● b.1. Bénéficiaires du capital "décès"

Le capital décès est versé aux bénéficiaires nommément désignés par le souscripteur ou à défaut aux bénéficiaires déterminés dans l'ordre ci-après :

- Le conjoint non divorcé, non séparé de corps par une décision judiciaire définitive à la date du décès,
- À défaut, le partenaire survivant lié par un pacte civil de solidarité non dissous à la date du décès,
- À défaut, les descendants à parts égales : enfants (légitimes ou légitimés, naturels reconnus, adoptifs) nés ou à naître ou représentés, ainsi que les enfants recueillis jusqu'à 21 ans ou au-delà en cas d'infirmité,
- À défaut, les ascendants à parts égales,
- À défaut, les frères et soeurs à parts égales,
- À défaut, les héritiers en proportion de leurs parts héréditaires,
- À défaut, MNH Prévoyance afin d'alimenter son fonds d'action sociale.

Si le souscripteur désigne le bénéficiaire, il doit indiquer ses nom, prénoms, date et lieu de naissance, et son adresse. Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, le souscripteur peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. Toute clause acceptée par le bénéficiaire acceptant ne devient irrévocable qu'avec l'accord de l'adhérent. L'accord peut prendre la forme d'un avenant signé de la mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire, ou d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique, signé de l'adhérent et du bénéficiaire. L'accord ne prendra effet à l'égard de la mutuelle qu'à la date de sa réception. Pour que les capitaux soient effectivement versés à leurs bénéficiaires, toute personne dispose de la faculté de demander par lettre à tout organisme professionnel représentatif (FNMF – Fédération nationale de la mutualité française, FFA – Fédération française de l'assurance) d'être informée de l'existence d'une stipulation à son bénéfice dans une police souscrite par une personne physique dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès. MNH Prévoyance répondra à toute demande présentée en ce sens par un organisme professionnel représentatif.

● b.2. Bénéficiaires du capital "éducation"

- Les enfants à charge, tels que définis à l'article I du Titre 1, du souscripteur à la date du décès de ce dernier (ou leur représentant légal),
- Les enfants à naître du souscripteur à la date du décès de ce dernier. Dans ce cas, le capital est versé à la naissance du ou des enfants (ou à leur représentant légal).

➔ c. Formalités de règlement des prestations

La demande de règlement doit être adressée à MNH Prévoyance accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- Un acte de décès du souscripteur,
- Un certificat médical établi par un médecin et décrivant la cause du décès,
- Toute pièce justifiant la qualité d'enfant à charge au sens de l'article I du Titre 1, et notamment un justificatif fiscal et pour les enfants poursuivant leurs études, un certificat de scolarité,
- Pour les enfants handicapés, le justificatif de leur état tels que définis à l'article I du Titre 1,
- Toute justification utile de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires,
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la prestation due au bénéficiaire doit être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, etc.),
- Un certificat délivré par l'administration fiscale constatant soit l'acquiescement soit la non-exigibilité de l'impôt de mutation par décès.

La demande des pièces justificatives par MNH Prévoyance intervient dans les quinze (15) jours qui suivent la connaissance des coordonnées du(des) bénéficiaires.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Le règlement du capital garanti intervient dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception du dossier complet par MNH Prévoyance. Le règlement du capital garanti sera effectué par virement sur le compte du (des) bénéficiaire(s).

➔ d. Évolution des prestations garanties après le décès de l'adhérent

Évolution des garanties exprimées en euros : en application de l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité, le capital garanti en cas de décès de l'adhérent fait l'objet d'une revalorisation à partir de la date du décès de l'adhérent. Elle cesse, pour chaque bénéficiaire concerné, le jour où toutes les pièces nécessaires au paiement des prestations ont été reçues par MNH Prévoyance.

Le taux annuel de revalorisation est égal au taux le moins élevé des deux taux suivants : a) la moyenne sur les douze derniers mois du TME, calculée au 1er novembre de l'année précédente, b) le dernier TME disponible au 1er novembre de l'année précédente.

La revalorisation annuelle ainsi définie s'applique aux sommes dues prorata temporis.

TME signifie taux moyen d'emprunt de l'Etat français.

Ce taux est calculé en effectuant la moyenne arithmétique des THE (Taux hebdomadaire des Emprunts d'Etat) publiés chaque semaine au cours du mois correspondant, le THE étant la moyenne hebdomadaire des rendements des emprunts d'Etat de cette catégorie. Il est publié chaque mois, avec deux décimales, par la Caisse des Dépôts et Consignations et disponible sur le site de la Banque de France.

Article III Garantie capital invalidité totale et définitive

➔ a. Objet de la garantie

En cas d'invalidité totale et définitive du souscripteur telle que définie à l'article I du Titre 1, MNH Prévoyance verse à ce dernier, un capital.

Le montant du capital "invalidité totale et définitive" est de 11 000 €.

La garantie prend fin à la date de versement du "capital invalidité totale et définitive" ou au plus tard au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle le souscripteur atteint 65 ans.

En sus et par anticipation, il est également versé le capital prévu en cas de décès.

➔ b. Formalités de règlement des prestations

La demande de règlement doit être adressée à MNH Prévoyance accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- Un certificat médical établi par un médecin attestant que le souscripteur est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins l'un des actes ordinaires de la vie.

Ce certificat devra préciser la date de consolidation de l'invalidité totale et définitive ainsi que la cause de l'invalidité. Ce document est à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de MNH Prévoyance,

- Les cas échéant, une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne par la Sécurité sociale, ou de la décision d'attribution de la tierce personne pour la liquidation de la pension d'invalidité,
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la prestation due au bénéficiaire doit être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, etc.).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Article IV Garantie rente survie

➔ a. Objet de la garantie

MNH Prévoyance garantit le versement d'une rente viagère au profit du ou des enfants handicapés du souscripteur au contrat tels que définis à l'article I du Titre 1 en cas de :

- Décès du souscripteur,
- Invalidité totale et définitive du souscripteur, telle que définie à l'article I du Titre 1, survenue avant ses 65 ans.

Le montant de cette rente est de 1 320 € par an.

La prestation de rente survie versée au titre de l'invalidité totale et définitive, exclut le versement ultérieur d'une deuxième rente survie au titre du décès.

➔ b. Formalités de règlement des prestations

● b.1. Formalités

La demande de liquidation de la rente doit être adressée à MNH Prévoyance accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- Un certificat de vie du ou des enfant(s) handicapé(s),
- Le justificatif du handicap tel que défini à l'article I du Titre 1,
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, etc.),
- Toute autre pièce justificative que pourra demander MNH Prévoyance.

En outre, en cas de décès du souscripteur :

- Un acte de décès du souscripteur,
- Un certificat médical établi par un médecin et décrivant la cause du décès.

En outre, en cas d'invalidité totale et définitive du souscripteur :

- Un certificat médical établi par le médecin du souscripteur attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins l'un des actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de consolidation de l'invalidité totale et définitive ainsi que la cause de l'invalidité. Ce document est à adresser, sous pli confidentiel, au médecin conseil de MNH Prévoyance.
- Une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne par la Sécurité sociale, ou de la décision d'attribution de la tierce personne pour la liquidation de la pension d'invalidité.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

● b.2. Modalités de versement des prestations

Le droit à rente est acquis au premier jour du mois qui suit le décès du souscripteur ou la date reconnue par MNH Prévoyance comme début de l'invalidité totale et définitive, et ce jusqu'au décès du bénéficiaire.

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère, payable trimestriellement à terme échu.

À la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis.

Le versement de la rente cesse au décès du bénéficiaire.

Il n'y a pas de prorata d'arrérages au décès.

Conditions de maintien des prestations :

Chaque année, MNH Prévoyance adresse un certificat de vie au bénéficiaire, à dater, signer et retourner par lui-même ou son représentant légal. Le défaut de retour du document dûment complété entraîne la suspension du paiement de la rente.

Article V Garantie dépendance

➔ a. Objet de la garantie

MNH Prévoyance garantit le versement d'une rente viagère au profit du souscripteur placé en GIR 1, 2 ou 3.

Le souscripteur en dépendance totale (GIR1 ou 2) perçoit 100 % de la rente soit 3 600 € par an.

Le souscripteur en dépendance lourde (GIR 3) perçoit 50 % de la rente, soit 1 800 € par an.

Le souscripteur en dépendance partielle (GIR 4) perçoit un capital dépendance de 1 000 € versé une seule fois sur toute la durée de l'adhésion.

En outre, si des travaux sont nécessaires pour favoriser le maintien à domicile, un capital aménagement de 2 000 € maximum pourra être versé au souscripteur, quel que soit son niveau de dépendance (GIR 1, 2, 3 ou 4).

→ b. Délai de franchise

Le droit à la rente est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période continue qui court à compter du lendemain de la date reconnue par MNH Prévoyance comme début de la dépendance.

Ce délai est de trois mois.

Le droit au capital aménagement de 2 000 € est soumis au délai de franchise de 3 mois pour les souscripteurs en dépendance totale (GIR 1 ou 2) ou en dépendance lourde (GIR 3).

Il n'y a pas de délai de franchise pour les souscripteurs en dépendance partielle (GIR 4).

→ c. Délai de carence

Un délai de carence court à compter de la date d'effet de la souscription. Les sinistres survenus pendant ce délai ne sont pas garantis et ne donnent lieu à aucune indemnisation. Ce délai de carence est de trois ans pour les démences séniles invalidantes ou maladie d'Alzheimer, d'un an pour les autres maladies et est nul si l'origine est accidentelle.

En cas de déclaration d'un sinistre dépendance non indemnisable pendant cette période, la personne est radiée de la garantie et les cotisations versées lui sont remboursées si elle est âgée de plus de 75 ans.

→ d. Règlement des prestations

● d.1. Formalités

La demande de liquidation de la rente ou du capital dépendance en cas de placement en GIR 4 et du capital aménagement doit être adressée

à MNH Prévoyance accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- Un certificat médical rempli par un médecin, exposant l'état de dépendance du souscripteur, sa date de survenance et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection ou s'il s'agit d'une démence sénile ou d'une maladie d'Alzheimer.

Ce certificat doit en outre préciser les actes ordinaires de la vie que le souscripteur ne peut plus réaliser sans aide.

Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de MNH Prévoyance.

- Un document précisant le degré de dépendance (GIR 1 à GIR 4).
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la rente ou le capital devra être versé. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, etc.).

Toute autre pièce justificative pourra être demandée par MNH Prévoyance.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

La demande de règlement de la rente dépendance doit parvenir dans les deux mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies, c'est-à-dire à compter de la consolidation de la dépendance. Passé ce délai, le paiement de la rente n'aura lieu que pour la durée de garantie restant à courir à partir de la date de réception de la demande par MNH Prévoyance.

Le capital dépendance est versé dans un délai maximum de 2 ans à partir de la date de consolidation de la dépendance.

Le paiement du capital aménagement de 2 000 € maximum destiné au financement de travaux permettant le maintien à domicile sera effectué sur présentation du rapport de préconisation d'un ergothérapeute et des originaux des factures acquittées.

● d.2. Modalités de versement des prestations

La rente dépendance est versée trimestriellement à terme échu. À la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. Le versement de la rente cesse au décès du souscripteur sans prorata d'arrérages au décès.

En cas de passage d'un niveau de GIR à un autre, les rentes dépendance de l'ancien niveau et du nouveau niveau de dépendance ne se cumulent pas.

Le capital dépendance de 1 000 € ne peut être versé avec effet rétroactif en cas d'aggravation de l'état de dépendance (passage de GIR 4 à GIR 3, 2 ou 1).

Conditions de maintien des prestations :

Chaque année, MNH Prévoyance adresse un certificat de vie au bénéficiaire, à dater, signer et retourner par lui-même ou son représentant légal. Le défaut de retour du document dûment complété entraîne la suspension du paiement de la rente.

Article VI

Montant annuel de la cotisation

Les garanties de l'offre sont indivisibles. Le montant annuel de la cotisation globale au titre de l'offre prévoyance est fixé en fonction de l'âge du souscripteur, le calcul de l'âge étant défini à l'article I du Titre 1.

ANNEXE

NOTICE D' INFORMATION DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE DÉPENDANCE

Préambule

Le présent document décrit les garanties d'assistance à domicile dénommées «assistance dépendance » apportées aux adhérents (et/ou aidants des adhérents) du contrat CCFPrev01 souscrit par la MNH auprès de MNH Prévoyance dans le cadre d'une convention d'assistance établie entre IMA ASSURANCES et MNH Prévoyance.

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR - 4, place de Budapest - CS 92452 - 75436 Paris cedex 09.

IMA ASSURANCES intervient 24 heures/24, 7 jours/7 en accord avec l'adhérent ou les bénéficiaires afin d'apporter une aide immédiate et effective.

Définitions

1. Vie du contrat

- 1.1 durée des garanties
- 1.2 résiliation
- 1.3 prescription
- 1.4 protection des données personnelles
- 1.5 réclamation et médiation

2. Conditions d'application des garanties

- 2.1 territorialité
- 2.2 fait générateur
- 2.3 intervention
- 2.4 pièces justificatives

3. Limitations à l'application des garanties

- 3.1 délai de demande d'assistance
- 3.2 infraction
- 3.3 force majeure
- 3.4 exclusions

4. Informations & conseils

- 4.1 informations médicales
- 4.2 prévention nutrition santé
- 4.3 conseil social
- 4.4 bilan social
- 4.5 informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique
- 4.6 recherche médecin, infirmière, intervenant paramédical
- 4.7 assistance psychologique

5. Formation des aidants en cas d'entrée en dépendance ou d'aggravation de l'état de dépendance de l'aidé

6. Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation de l'aidant

- 6.1 auxiliaire de vie ou aide ménagère
- 6.2 la venue d'un proche ou le transfert chez un proche
- 6.3 livraison de médicaments
- 6.4 portage de repas
- 6.5 livraison de courses
- 6.6 coiffure à domicile
- 6.7 portage d'espèces
- 6.8 téléassistance

7. Garanties proposées en cas de besoin de répit de l'aidant

- 7.1 auxiliaire de vie ou aide ménagère
- 7.2 la venue d'un proche ou le transfert chez un proche
- 7.3 livraison de médicaments
- 7.4 portage de repas
- 7.5 livraison de courses
- 7.6 coiffure à domicile
- 7.7 portage d'espèces

8. Garanties maintien à domicile proposées en cas d'entrée en dépendance ou d'aggravation de l'état de dépendance de l'aidé.

- 8.1 ergothérapeute
- 8.2 service travaux pour aménagement du domicile
- 8.3 téléassistance
- 8.4 aide au déménagement
- 8.5 nettoyage du logement

DEFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la Convention, entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL : Evénement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'aidant et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ADHERENT : Adhérent au contrat collectif facultatif de prévoyance CCFPrev01 souscrit par la MNH auprès de MNH Prévoyance et acquittant sa cotisation.

AIDÉ : L'adhérent dont la dépendance nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

AIDANT : Le proche qui apporte, à titre non professionnel, seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la dépendance de l'adhérent, et qui n'est pas salarié pour cette aide.

IMA ASSURANCES n'interviendra que pour l'aidant principal déclaré par la famille lors du premier appel.

BENEFICIAIRES des GARANTIES d'ASSISTANCE : L'aidé, ainsi que son aidant.

BESOIN DE REPIT: Besoin de repos permettant à l'aidant de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.

DEPENDANCE : Est considéré comme dépendant tout adhérent dont l'état de santé est reconnu comme tel par MNH PREVOYANCE durant la période de garantie.

DOMICILE : Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France.

FRANCE : France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM à l'exception de Mayotte (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane).

HOSPITALISATION : Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPREVUE : Hospitalisation dont l'aidant n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

IMA ASSURANCES : Société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libérée, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 18 avenue de Paris - 79000- Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, Assureur du présent contrat d'assistance souscrit par MNH Prévoyance.

MALADIE : Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

MNH : Dénommée la MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL, mutuelle régie par le Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 331 avenue d'Antibes, 45213 Montargis Cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 606 361 souscripteur du contrat collectif facultatif (CCFPprev01) de prévoyance auprès de MNH Prévoyance. Ou dénommant à la fois MNH et MNH Prévoyance.

MNH PREVOYANCE :

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 331 avenue d'Antibes, 45213 Montargis Cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 484 436 811.

Assurant le contrat collectif facultatif (CCFPprev01) de prévoyance souscrit par la MNH, souscripteur des présentes garanties auprès d'IMA ASSURANCES.

PROCHE : Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, enfant, personne vivant au domicile de l'adhérent.

TELEASSISTANCE : Système de télécommunication qui permet à une personne en état de dépendance ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE des GARANTIES

La période de validité de l'adhésion au contrat collectif facultatif (CCFPREV01) de prévoyance souscrit par la MNH auprès de MNH PREVOYANCE.

1.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation de l'adhésion au contrat collectif facultatif (CCFPREV01) de prévoyance souscrit par la MNH auprès de la MNH PREVOYANCE pour tout événement survenu ultérieurement.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1^{er}) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance;
2^e) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires 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.

1.4 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 - France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales. pour lesquelles l'assuré a donné son consentement.
- Ces données sont utilisées par IMA ASSURANCES pour la stricte exécution des services et notamment pour :
 - la passation des contrats ;
 - la gestion des contrats ;
 - l'exécution des contrats ;
 - l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
 - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
 - la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption;
 - la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
 - l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier Inter Mutuelles Assistance GIE, à tout intervenant dans l'opération d'assistance, y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires ainsi qu'à la MNH sauf opposition de votre part signalées au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux sous-traitants techniques d'IMA ASSURANCES pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer le consentement donné au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort / dpo@ima.eu. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité, d'opposition et de donner des directives post mortem pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

1.5 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 TERRITORIALITE

Les modalités de prise en charge des déplacements de personnes sont :

- Bénéficiaire résidant en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique
- Bénéficiaire résidant dans un DROM : prise en charge limitée au sein de ce seul département, en taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.

2.2 FAITS GENERATEURS

Les garanties de la présente Convention s'appliquent :

- Lorsque l'adhérent est déclaré dépendant par MNH PREVOYANCE.
- En cas d'aggravation de son état de dépendance déclaré par MNH PREVOYANCE (évolution du niveau de GIR).
- En cas d'accident corporel ou de maladie de l'aidant.
- En cas de besoin de répit de l'aidant.

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant de l'aidant au numéro suivant :

05 49 34 80 00

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'aidant et de l'aidé. Le nombre d'heures nécessaires pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à l'environnement et à la situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que l'aidant aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'aidant qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

3. LIMITATIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

1) Garanties liées à la dépendance :

Pour les garanties mentionnées aux points 4, 5, et 8, le délai de demande d'assistance est de 12 mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance.

2) Garanties mentionnées au point 6 (Hospitalisation imprévue ou immobilisation de l'aidant) et au point 7 (Besoin de répit de l'aidant) :

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- Une hospitalisation ou une sortie d'hospitalisation,
- La constatation du besoin de répit de l'aidant.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (immobilisation, hospitalisation ou sortie d'hospitalisation, constatation du besoin de répit).

3.2 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où l'aidant aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3.4 EXCLUSIONS

Ne donne pas lieu à l'application des garanties :

1) Les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.

2) De même sont exclus les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire de l'aidant (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

3) Le souscripteur déjà en situation de dépendance à la prise d'effet de la convention d'assistance passée entre la MNH et IMA Assurances.

4. INFORMATIONS & CONSEILS

4.1 INFORMATIONS MEDICALES

Une équipe médicale communique 24h/24 sur simple appel des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Etat de dépendance : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

4.2 PREVENTION NUTRITION SANTE

L'adhérent pourra bénéficier, une fois par an, de conseils diététiques par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h concernant plus particulièrement :

- Un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,
- Les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition des personnes dépendantes, problème de déglutition, de mastication...
- Les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez la personne dépendante.

Ces conseils sont réalisés par des diététiciens.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé. Il reste à la charge de l'aidant.

4.3 CONSEIL SOCIAL

Sur la demande de l'adhérent, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation, de un à 5 entretiens téléphoniques par année avec un Travailleur Social*. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions. Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date du premier entretien.

**titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale ou Assistant Social*

4.4 BILAN SOCIAL

En cas d'entrée en dépendance ou d'aggravation de l'état de dépendance de l'aidé, IMA ASSURANCES met en relation l'aidant avec un Travailleur Social et prend en charge un bilan social. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Le Travailleur Social évaluera les besoins d'aide et d'accompagnement de la personne dépendante en prenant en compte sa ou ses problématiques. Il adressera une fiche de synthèse à l'aidant avec les priorités et des préconisations personnalisées sur sa situation.

4.5 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

A tout moment, afin d'aider l'aidant souhaitant obtenir des informations juridiques relative à l'état de dépendance, IMA ASSURANCES met à la disposition de l'aidant du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

A titre d'exemple, les domaines concernés sont les suivants : famille, santé, retraite, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance dépendance, choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...)

4.6 RECHERCHE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL

A la demande de l'aidant et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES pourra communiquer les coordonnées de médecins, infirmières, laboratoires, cabinets de radiographie, intervenant paramédical...

4.7 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'évènements traumatisants, tels qu'un accident, une maladie grave, l'état de dépendance de l'adhérent, un décès, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'évènement.

5. FORMATION DES AIDANTS EN CAS D'ENTREE EN DEPENDANCE OU D'AGGRAVATION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE DE L'AIDÉ

ERGOTHERAPEUTE

En cas d'entrée en dépendance ou d'aggravation de l'état de dépendance de l'aidé IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé pour faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

- l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),
- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques et médicales.

La formation doit être exécutée dans un délai de un an à compter de la date de la survenance de l'évènement.

6. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU D'IMMOBILISATION DE L'AIDANT

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'aidant, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge sur une durée maximum de 30 jours les garanties suivantes :

6.1 AUXILIAIRE DE VIE ou AIDE MENAGERE

- Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé, du lundi au vendredi de 8h à 20h, ou
- Mise à disposition d'une aide-ménagère qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux prestations ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé.

6.2 LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE

Le transport aller/retour en train (1ère classe) ou en avion (classe économique) d'un proche en France.

ou

Le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux prestations ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros l'aller/retour.

6.3 LIVRAISON DE MEDICAMENTS

Lorsque ni l'aidant, ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant pour l'aidé, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer. La garantie est limitée à une livraison sur une période de 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

6.4 PORTAGE DE REPAS

Lorsque l'aidant n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas pour l'aidé ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

Notre solution de portage de repas permet lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

6.5 LIVRAISON DE COURSES

Lorsque ni l'aidant, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses pour l'aidé, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas ce service, IMA ASSURANCES organisera une livraison par taxi.

Le prix des courses demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

6.6 COIFFURE A DOMICILE

Lorsque l'aidé a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

6.7 PORTAGE D'ESPECES

Lorsque l'aidé ou l'aidant ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer,

IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €.

6.8 TELEASSISTANCE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais d'installation d'un transmetteur de téléalarme au domicile de l'aidé ou de l'aidant si l'aidé vit chez l'aidant, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant.

7. GARANTIES PROPOSEES EN CAS DE BESOIN DE REPIT DE L'AIDANT

En cas de besoin de répit de l'aidant et moyennant un délai de prévenance de 7 jours IMA Assurances organise et prend en charge les garanties ci-dessous dans la limite d'un événement par an.

7.1 AUXILIAIRE DE VIE ou AIDE MENAGERE

IMA ASSURANCES organise :

- soit la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h hors week-end et jour férié) à raison de 80 heures prises sur deux semaines ou fractionnables en 10 fois 8 heures,
- soit la venue d'une aide-ménagère à raison de 80 heures qui peuvent être planifiées sur 10 appels téléphoniques.

Les deux prestations ne sont pas cumulatives.

7.2 LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE

IMA ASSURANCES organise :

- soit le transport aller/retour en train ou en avion d'un proche en France,
 - soit le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.
- Les deux prestations ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros l'aller/retour.

7.3 LIVRAISON DE MEDICAMENTS

Lorsque ni l'aidant, ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant pour l'aidé, IMA ASSURANCES met en relation le bénéficiaire avec un prestataire afin de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer.

Cette prestation est limitée à 2 livraisons sur une année. Le prix de la livraison et des médicaments demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

7.4 PORTAGE DE REPAS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une année 2 forfaits de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

Notre solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

7.5 LIVRAISON DE COURSES

IMA ASSURANCES prend en charge les frais de 2 livraisons sur une année.

Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi.

Le prix des courses demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

7.6 COIFFURE A DOMICILE

Lorsque l'aidé a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise et prend en charge 2 déplacements d'un coiffeur sur une année.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidé ou de l'aidant.

7.7 PORTAGE D'ESPECES

Lorsque l'aidé ou l'aidant ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise sur une année :

- 2 transports aller/retour dans un établissement bancaire,
- ou bien 2 portages d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €.

8. GARANTIES MAINTIEN A DOMICILE PROPOSEES EN CAS D'ENTREE EN DEPENDANCE OU D'AGGRAVATION L'ÉTAT DE DÉPENDANCE DE L'AIDÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties ci-dessous dans un délai d'un an à compter de l'évènement :

8.1 ERGOTHERAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidé.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation peut être complétée par un rapport (croquis des aménagements et cotes d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

8.2 SERVICE TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE

IMA ASSURANCES met en relation l'aidant avec une structure du groupe IMA lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile.

Cette structure servira d'intermédiaire avec les entreprises pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement par ces prestataires d'un diagnostic des réparations à effectuer ainsi qu'un devis,
- contrôle des devis,
- suivi des travaux, des coûts, des délais.

Les travaux restent à la charge de l'aidant.

8.3 TELEASSISTANCE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais d'installation d'un transmetteur de téléalarme au domicile de l'aidé ou de l'aidant si l'aidé vit chez l'aidant, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant.

8.4 AIDE AU DEMENAGEMENT

IMA ASSURANCES met en relation l'aidant avec une entreprise de déménagement ou une société de garde-meuble.

Le prix de la prestation reste à la charge de l'aidant.

8.5 NETTOYAGE DU LOGEMENT

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 4 heures sur une période d'un mois suivant le déménagement.



www.mnh.fr

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social