

MNH Autonomie

Annexe du règlement mutualiste de MNH Prévoyance

MNH Autonomie est une offre de dépendance assurée par MNH Prévoyance, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 484 436 811.



Article I Définitions

L'adhérent est toute personne physique qui adhère à MNH Prévoyance et à l'offre MNH Autonomie issue du règlement mutualiste, qui répond aux conditions d'adhésion, qui signe le bulletin d'adhésion et s'engage à payer les cotisations. Il est également le bénéficiaire des prestations versées par MNH Prévoyance en cas de réalisation du risque.

L'**accident** est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'adhérent 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 ceux découlant d'accidents tels que définis aux 1^{er} et 2^e paragraphes.

L'**état de dépendance** est défini 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'habillement 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'habillement 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'habillement. 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 de l'offre

L'objet de cette offre est la mise en place d'une protection sociale en matière de dépendance au bénéfice des adhérents de MNH Prévoyance, conformément à ses statuts.

Article III Exclusions

MNH Prévoyance ne prend pas en charge les risques résultant :

- de guerre civile ou étrangère,
- directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome.

Article IV Fausse déclaration

L'adhésion à l'offre est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent, 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 l'adhérent a été sans influence sur un sinistre.

MNH Prévoyance pourra par ailleurs engager des poursuites contre l'adhérent pour la récupération des sommes indûment versées. Les cotisations antérieurement versées par l'adhérent à MNH Prévoyance restent acquises à titre conservatoire à cette dernière au titre des charges engagées.

Article V Conditions de règlement des prestations

➡ a. Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant de la présente offre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où MNH Prévoyance en a eu connaissance.

- En cas de sinistre, 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre MNH Prévoyance a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L. 221-12 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 avec accusé de réception adressée par MNH Prévoyance à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou le bénéficiaire à MNH Prévoyance, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de deux ans. Ce délai court à partir de la date à laquelle l'adhérent peut prétendre aux prestations au titre de l'offre MNH Autonomie.

➔ b. Contrôle médical et conciliation

MNH Prévoyance se réserve le droit d'effectuer ou de faire effectuer un contrôle médical de l'adhérent et/ou de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires si elle le juge nécessaire. 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.

L'adhérent 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, l'adhérent 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 oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes. Si le médecin de l'adhérent et le médecin conseil de MNH Prévoyance ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'adhérent, 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, l'adhérent 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 de l'adhérent, à se tourner vers les services sociaux de la MNH afin de recueillir les informations indispensables à l'instruction du dossier.

Article VI 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 VII 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 VI du présent document qui la transmet à la FNMF, ou transmise directement à la FNMF soit par courrier au 255 rue de Vaugirard, 75015 PARIS 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 VIII Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

Conformément au Code de la mutualité, MNH Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située :

ACPR - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Article I

Dispositions communes

➔ a. Adhésion à l'offre

• a.1. Personnes couvertes

Toute personne qui répond aux conditions d'adhésion définies par les statuts de MNH Prévoyance peut adhérer à l'offre dès lors qu'elle est âgée de moins de 76 ans au 31 décembre de l'année de l'adhésion à l'offre dépendance.

L'adhésion n'est pas possible au-delà de cet âge.

L'adhésion est facultative. Elle ne cesse que dans les conditions prévues au a.9. du présent article.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion à l'offre sont couverts au titre de la présente offre.

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

Est considérée comme souffrant d'état pathologique antérieur à la date de l'adhésion à l'offre, et ne pouvant alors être admise l'adhésion, 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 bénéficiaire depuis plus de douze mois d'une indemnisation au chapitre des maladies ou accidents imputables au service,
- Être classée en invalidité 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale ou avoir un taux d'invalidité permanente de 100 % au chapitre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles,
- Bénéficier d'une anticipation de retraite pour invalidité.

• a.2. Formalités d'adhésion

L'adhérent doit remplir et signer un bulletin d'adhésion à l'offre sur lequel il indique l'option de garantie et le montant de la rente mensuelle choisie.

• a.3. Les options de garantie

Au moment de l'adhésion, l'adhérent a le choix entre les options suivantes :

- Option 1 : versement de 100 % de la rente en cas de dépendance totale (GIR 1 ou 2).

- Option 2 :

- versement de 100 % de la rente en cas de dépendance totale (GIR 1 ou 2),
- versement de 50 % de la rente en cas de dépendance lourde (GIR 3)
- versement d'un capital dépendance en une seule fois sur toute la durée de l'adhésion en cas de dépendance partielle (GIR 4).

- a.4. Les niveaux de garantie

L'adhérent a le choix entre les six niveaux de rente suivants :

300 € - 500 € - 700 € - 1 000 € - 1 500 € - 2 000 €

Le niveau de rente choisi détermine le niveau du capital versé en cas de placement en GIR 4 :

Rente 300 € ---> capital 1 000 €

Rente 500 € ---> capital 2 000 €

Rente 700 € ---> capital 3 000 €

Rente 1 000 € ---> capital 4 000 €

Rente 1 500 € ---> capital 5 000 €

Rente 2 000 € ---> capital 6 000 €

- a.5. Formalités médicales

Si l'adhérent est âgé de moins de 65 ans au 31 décembre de l'année en cours, il doit confirmer qu'il n'est pas atteint d'une affection longue durée ou qu'il ne perçoit pas de rente d'invalidité supérieure à 15 % ou qu'il n'a pas besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne. Si ces conditions d'âge ou de santé ne sont pas remplies ou qu'il opte pour une rente de 1 000 €, 1 500 €, 2 000 €, il doit compléter un questionnaire médical.

Des renseignements complémentaires et/ou une visite médicale pourront être demandés par le médecin conseil de MNH Prévoyance en fonction des déclarations figurant sur le questionnaire médical.

- a.6. Date d'effet

L'adhésion à l'offre prend effet, conformément au a.1. du présent article, au 1^{er} jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion.

- a.7. Modification du montant de la rente garantie en cours d'adhésion

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion, une augmentation ou une diminution du montant de la rente garantie. Cette modification prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande de modification de la rente.

Si le montant de la rente est augmenté, l'adhérent doit accomplir les formalités médicales prévues à l'adhésion. Le délai de carence prévu à l'article II c. s'applique à l'augmentation de la rente garantie à partir de la prise d'effet de cette modification. Dans le cas où la demande est refusée, l'adhésion continue de s'appliquer sur les anciennes bases. L'âge retenu pour déterminer la cotisation applicable au nouveau montant de rente est :

- l'âge atteint au moment de la prise d'effet de la modification, **en cas d'augmentation de la rente,**
- l'âge au moment de l'adhésion à l'offre, **en cas de diminution de la rente.**

- **a.8. Modification de l'option de garantie en cours d'adhésion**

En cours d'adhésion, seul le passage en option 2 est possible.

L'adhérent doit accomplir les formalités médicales prévues à l'adhésion. Dans le cas où la demande est refusée, l'adhésion continue de s'appliquer sur les anciennes bases.

La cotisation applicable au changement d'option est déterminée en fonction de l'âge atteint au moment de la prise d'effet de la modification et du nouveau niveau de rente retenu sur la base du tarif en vigueur à cette date.

Si une rente dépendance est en cours de service ou si le capital dépendance a déjà été versé, l'adhérent ne pourra pas changer d'option de garantie ni de montant de rente.

- **a.9. Cessation de l'adhésion**

L'adhésion à l'offre cesse en cas de :

- Renonciation à compter de la date de conclusion de l'adhésion,
- Décès de l'adhérent, au jour du décès,
- 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

En outre, tout adhérent peut résilier son adhésion à effet du 31 décembre de l'année en cours, sous réserve d'en aviser le président de MNH Prévoyance par écrit et par lettre recommandée au plus tard deux mois au moins avant la date précitée.

Cette résiliation est définitive, aucune adhésion ultérieure à l'offre ne sera possible.

- **a.10. Renonciation - rétractation**

- **a.10.1. Durée du droit de renonciation**

La conclusion de l'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'adhérent. Il peut renoncer à son adhésion tel que cela est indiqué dans le bulletin d'adhésion.

Quel que soit le mode de commercialisation, MNH Prévoyance étend contractuellement le délai de renonciation à trente jours. Ainsi, l'adhérent bénéficie de façon expresse à titre exceptionnel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet.

- **a.10.2. Modalités de renonciation**

Elle peut être faite par l'envoi, en recommandé avec avis de réception, à **MNH Prévoyance - 45213 MONTARGIS CEDEX**, d'un courrier dans les termes suivants : « Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à l'offre de dépendance MNH Autonomie avec toutes les conséquences que cela emporte. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion dans un délai de trente jours calendaires à compter de la réception de la présente. » (date et signature).

- **a.10.3. Effets de la renonciation**

La renonciation entraîne le remboursement des cotisations par MNH Prévoyance et le remboursement des prestations perçues par l'adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

➔ **b. Cotisations**

- **b.1. Paiement de la cotisation**

La couverture est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée à l'article III du présent Titre, variant en fonction de l'âge du souscripteur et du niveau de rente retenu. L'encaissement des cotisations est fait par MNH Prévoyance, par prélèvement sur un compte bancaire ou par tout autre moyen. Ces cotisations sont appelées mensuellement et 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. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties, intervenue 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 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).

- **b.2. Exonération de cotisation**

L'adhérent est exonéré du paiement de la cotisation lorsqu'il est placé en GIR 1, 2 ou 3 et qu'il perçoit la rente dépendance.

- **b.3. Revalorisation des cotisations**

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

- **b.4. Révision des cotisations**

Le barème des cotisations définies à l'article III du présent Titre est révisable chaque année, en fonction des résultats de l'offre et des caractéristiques de la population couverte. Dans le cas où un nouveau barème serait établi par MNH Prévoyance, la mutuelle s'engage à le communiquer à l'adhérent, trois mois au moins avant la date d'effet.

➔ **c. Revalorisation des prestations**

- **c.1. Fonds de revalorisation**

Un fonds de revalorisation propre à la présente offre est créé. Il est destiné à financer la revalorisation future des rentes dépendance en cours de service.

- **c.2. Revalorisation de l'offre**

L'offre peut, sur décision de MNH Prévoyance et après accord de son Assemblée générale, être revalorisée chaque 1er janvier.

- **c.3. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service**

Les rentes dépendance sont revalorisées dans la limite du montant du fonds de revalorisation défini au c.1. du présent article, chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale au 1^{er} juillet de l'année précédente.

Article II Garantie dépendance

⇒ a. Objet de la garantie

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

L'adhérent en GIR 1 ou 2 perçoit 100 % de la rente.

Sous réserve de l'adhésion en option 2, l'adhérent en GIR 3 perçoit 50 % de la rente.

Sous réserve de l'adhésion en option 2, l'adhérent en GIR 4 perçoit un capital dépendance versé une seule fois sur toute la durée de l'adhésion.

Les montants de cette rente et de ce capital sont indiqués à l'article I a.4. du présent document.

⇒ b. Délai de franchise

Le droit à 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.

Il n'y a pas de délai de franchise pour le versement du capital en cas de dépendance partielle (GIR 4).

⇒ c. Délai de carence

Un délai de carence court à compter de la date d'effet de l'adhésion. 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.

⇒ d. Règlement des prestations

- **d.1. Formalités**

La demande de liquidation de la rente ou du capital, en cas de placement en GIR 4, doit être adressée à MNH Prévoyance accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- Un certificat médical rempli par un médecin, exposant l'état de dépendance de l'adhérent, 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 l'adhérent 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 de l'adhérent 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.),
- Tout autre justificatif pourra être demandé par MNH Prévoyance.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge de l'adhérent, bénéficiaire 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.

- **d.2. Modalités de versement des prestations**

La rente 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 de l'adhérent 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 servi en cas de placement en GIR 4 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 III Montant annuel de la cotisation

Le montant annuel de la cotisation est fixé en fonction de l'âge de l'adhérent, le calcul de l'âge étant défini à l'article I du Titre 1

MNH Prévoyance - Siège social : 331 avenue d'Antibes 45213 Montargis Cedex - n° SIREN 484 436 811, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité.



www.mnh.fr