

PARTICULIERS



prevoyance
collective

NOTICE D'INFORMATION

Prime de naissance

Prévoyance

unmi
MUTUELLEMENT PLUS FORTS



SOMMAIRE

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS.....	4
ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT.....	4
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT.....	4
ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 6 - OBJET DE LA GARANTIE.....	5
ARTICLE 7 - PORTABILITÉ DES DROITS.....	5
7.1 - Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail.....	5
7.2 - Prise d'effet des garanties.....	5
7.3 - Cessation du maintien des garanties.....	5
7.4 - Financement.....	5
ARTICLE 8 - BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE.....	6
ARTICLE 9 - MODALITÉS DE VERSEMENT DE LA PRESTATION.....	6
ARTICLE 10 - COTISATION.....	6
10.1 - Montant de la cotisation.....	6
10.2 - Paiement des cotisations.....	6
10.3 - Défaut de paiement des cotisations.....	6
10.4 - Révision de la cotisation.....	6
ARTICLE 11 - PRESCRIPTION.....	6
ARTICLE 12 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	7
12.1 - Recueil des informations.....	7
12.2 - Conservation et portabilité des données.....	7
12.3 - Droits de l'assuré.....	7
ARTICLE 13 - RÉCLAMATION - MÉDIATION.....	7
ARTICLE 14 - DROIT APPLICABLE - LITIGES.....	8
ARTICLE 15 - ORGANISME DE CONTRÔLE.....	8



prevoyance collective

La présente notice d'information a pour objet de définir les droits et obligations découlant du contrat collectif à adhésion obligatoire « Prime de naissance » souscrit par la MACD auprès de l'UNMI. Elle définit les garanties assurées par l'UNMI, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions de garanties ainsi que les délais de prescription.

Le présent document est obligatoirement remis à l'adhésion par la MACD à chaque Membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, la Mutuelle est tenue de les informer en leur remettant une nouvelle notice d'information établie à cet effet par l'Assureur.

Article 1 - Définitions

Adhérent : Membre de la Mutuelle qui adhère au Contrat et qui s'engage à payer les cotisations pour l'ensemble des Assurés.

Adoption Plénière : Adoption régie par les dispositions des articles 343 à 359 du Code civil.

Année civile : Période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Assuré : En application du Contrat, il faut entendre par Assuré la personne physique :

- Membre participant de la Mutuelle couvert par un contrat d'assurance complémentaire santé assuré par la Mutuelle ;
- Conjoint ou Concubin ou PACSE du Membre participant inscrit sur le bulletin d'adhésion et couvert par le contrat d'assurance complémentaire santé de ce dernier en tant qu'ayant droit ;
- Le personnel salarié des entreprises ayant souscrit auprès de la Mutuelle un contrat collectif conformément aux dispositions de l'article L.221-2.III.2e du Code de la mutualité ;
- Les anciens salariés des entreprises ayant souscrit auprès de la Mutuelle un contrat collectif conformément aux dispositions de l'article L.221-2.III.2e du Code de la mutualité et affiliés au contrat collectif précité au titre du maintien de garanties résultant du dispositif de portabilité de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Assureur : **Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI)**, union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 50 avenue Daumesnil 75012 Paris.

Bénéficiaire : La/les personnes(s) mentionnée(s) à l'article 8 « Bénéficiaires de la garantie » ci-dessous qui perçoit(ven)t les prestations en cas de réalisation du risque.

Conjoint, Concubin, PACSE : Personne avec laquelle :

- Le Membre participant est marié non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée (conjoint) ;
- Le Membre participant vit en concubinage (concubin). Le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par le Membre participant, est né de cette union
- Il existe, lors du sinistre, un pacte civil de solidarité (Pacsé) avec le Membre participant.

Contrat : contrat collectif d'assurance « Prime de naissance » souscrit par la MACD auprès de l'UNMI.

Membre participant : Personne physique membre de la Mutuelle qui bénéficie des garanties en raison de son adhésion au Contrat.

Mutuelle : **Mutuelle MACD**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 784 117 525, dont le siège social est situé 12 rue Ballu 75009 Paris.

Article 2 - Objet du Contrat

Le Contrat est un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire, au sens de l'article L.221-3 du Code de la mutualité souscrit par la Mutuelle au profit de ses Membres participants.

L'objet du Contrat est de garantir le versement d'un capital :

- En cas de naissance d'un enfant de l'Assuré survenue pendant la période de garantie ;
- En cas d'Adoption plénière par l'Assuré survenue pendant la période de garantie.

Article 3 - Conditions d'adhésion au Contrat

Le Contrat est proposé en inclusion des contrats d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle. A ce titre, sont obligatoirement assurés par le Contrat :

- Le Membre participant couvert par un contrat d'assurance complémentaire santé assuré par la Mutuelle ;
- Le Conjoint, Concubin ou PACSE du Membre participant inscrit sur le bulletin d'adhésion de ce dernier, et couvert par le contrat d'assurance complémentaire santé du Membre participant en tant qu'ayant droit ;
- Les salariés des entreprises ayant souscrit auprès de la Mutuelle un contrat collectif conformément aux dispositions de l'article L.221-2.III.2e du Code de la mutualité ;
- Les anciens salariés des entreprises ayant souscrit auprès de la Mutuelle un contrat collectif conformément aux dispositions de l'article L.221-2.III.2e du Code de la mutualité et affiliés au contrat collectif précité au titre du maintien de garanties résultant du dispositif de portabilité de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 4 - Prise d'effet, durée et résiliation de l'adhésion au Contrat

L'adhésion au Contrat prend effet concomitamment à la prise d'effet du contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle. L'adhésion au Contrat est annuelle et se renouvelle simultanément au contrat d'assurance complémentaire santé.

L'adhésion au Contrat prend fin :

- A la date de radiation, d'exclusion ou de démission de l'Adhérent au contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle ;
- A la date de résiliation ou cessation du contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle ;
- A la date indiquée sur la lettre recommandée en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à l'article 10.3 « Défaut de paiement des cotisations » ;



- En tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du Contrat conclu entre les Parties.

La résiliation de l'adhésion au Contrat met fin à la garantie.

Article 5 - Prise d'effet et cessation des garanties

La garantie prend effet concomitamment à la prise d'effet du contrat complémentaire santé de la Mutuelle.

La garantie prend fin pour l'ensemble des Assurés :

- Au jour du décès d'un des Assurés ;
- Au jour où le Membre participant n'appartient plus aux effectifs de l'Adhèrent, sous réserve du maintien des garanties ;
- A la date de fin du Contrat, dans les cas prévus à l'article 4 « Prise d'effet, durée et résiliation de l'adhésion au Contrat ».

En outre, les garanties prennent fin pour le Conjoint, Concubin ou PACSE :

- Au jour de la perte de sa qualité de Conjoint, Concubin ou PACSE ;
- Au jour de la perte de sa qualité d'ayant droit.

Article 6 - Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une prime de naissance de 250 euros à l'Assuré en cas de naissance d'un enfant ou d'Adoption plénière survenue pendant la période de garantie.

La Prime de naissance est versée une seule fois, pour chaque enfant, lorsque la demande d'inscription du nouveau-né ou de l'enfant adopté est formulée dans l'année suivant sa naissance ou son Adoption Plénière.

Article 7 - Portabilité des droits

7.1 - Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail et lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde.

La portabilité est subordonnée à la prise en charge de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage. Celui-ci devra donc faire parvenir à l'Assureur tout justificatif de son inscription au Pôle Emploi et de cette prise en charge, dans les meilleurs délais suivant la cessation de son contrat de travail. L'Assureur se réserve le droit de demander à l'ancien salarié tout justificatif de sa situation au regard de l'assurance chômage. A défaut de réception de ce document par l'Assureur, la portabilité cessera immédiatement. Toute prestation indûment versée par l'Assureur fera l'objet d'une procédure de répétition de l'indu.

La durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du régime d'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur pour l'Adhèrent au Contrat, les éventuelles modifications de garanties du Contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables à l'ancien salarié.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues pour la même période.

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier. L'Adhèrent doit informer l'Assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à portabilité, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Assureur peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative. En cas de fausse déclaration sur les conditions à remplir pour bénéficier du dispositif de portabilité, la garantie accordée par l'Assureur est nulle.

7.2 - Prise d'effet des garanties

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation afférente par l'Adhèrent et à condition que l'ancien salarié remplisse l'ensemble des conditions cumulatives suivantes :

- Rupture ou cessation du contrat de travail de quelle que nature que ce soit, à l'exclusion du licenciement pour faute lourde ;
- L'intéressé bénéficie d'un droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage du fait de cette rupture ;
- Le contrat de travail a duré un mois minimum ;
- L'ensemble des conditions d'affiliation au Contrat est respecté.

7.3 - Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- Cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès) ;
- Expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié ;
- Résiliation du Contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de droit à maintien.

L'Adhèrent s'engage à informer sans délai l'Assureur de tout événement dont il aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

7.4 - Financement

Le financement du dispositif de portabilité est inclus dans la cotisation des salariés en activité (part patronale et part salariale).



Article 8 - Bénéficiaires de la garantie

La prime de naissance est versée à l'Assuré.

Article 9 - Modalités de versement de la prestation

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des documents justificatifs suivants :

- Original ou copie du bulletin d'adhésion de l'Adhérent ;
- Formulaire de demande de prestations dûment complété ;
- Copie de la carte nationale d'identité de l'Assuré ;
- Original ou copie de l'acte de naissance de l'enfant précisant sa filiation ;
- Copie du livret de famille ;
- Relevé d'identité bancaire ou postal de l'Assuré ;
- En cas d'Adoption Plénière, extrait du jugement déclaratif d'adoption.

La Mutuelle qui bénéficie d'une délégation de gestion du Contrat se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces nécessaires au traitement du dossier.

La demande de prestation ainsi que les pièces justificatives doivent être envoyées, par écrit, à l'adresse suivante :

**MACD
12 rue Ballu
75009 PARIS**

Article 10 - Cotisation

10.1 - Montant de la cotisation

La cotisation est annuelle et payable d'avance par l'Adhérent à la Mutuelle suivant la périodicité indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le montant de la cotisation s'élève à 3,36 euros TTC par an et par Assuré.

10.2 - Paiement des cotisations

La Mutuelle se charge elle-même de l'appel des cotisations et de leur reversement à l'UNMI.

10.3 - Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur d'appliquer des majorations de retard et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie pourra être suspendue trente jours après la mise en demeure de la Mutuelle.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse à la Mutuelle, l'Assureur l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de trente jours précité, le défaut de paiement de la cotisation par la Mutuelle est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat et de fait son adhésion sauf s'il entreprend de se substituer à la Mutuelle pour le paiement des cotisations.

L'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Le Contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les

frais de poursuite et de recouvrement.

10.4 - Révision de la cotisation

Les cotisations peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil en fonction, notamment, des résultats du Contrat et des évolutions réglementaires. L'UNMI notifie la révision des cotisations à la Mutuelle, au plus tard le 30 septembre de l'année précédant la date d'application de la modification envisagée, soit par lettre recommandée avec avis de réception soit en mains propres. A défaut de désaccord exprimé avant le 31 octobre, la Mutuelle est réputée avoir accepté la révision des cotisations. Dans ce cas, l'UNMI le notifie à la Mutuelle, laquelle en informe les Adhérents.

En cas de désaccord, la Mutuelle doit en aviser l'UNMI par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation du Contrat à effet au 31 décembre de la même année.

Article 11 - Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1^{er} de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du Membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant ».

Conformément à 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la Mutuelle ou l'union au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le



règlement de l'indemnité ».

Conformément à l'article L.221-12-1 du code de la mutualité :

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- L'action en justice (même en référé, ou devant une juridiction incompétente ou encore quand l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure) ;
- L'acte d'exécution forcée ;
- La reconnaissance des droits du créancier.

La prescription constitue une fin de non-recevoir (article 122 du code de procédure civile) à une action judiciaire et elle peut être soulevée à tous les stades de la procédure (article 123 du code de procédure civile), et même pour la première fois en appel.

La prescription permet au Membre participant ou à la Mutuelle de se libérer de leurs obligations.

Article 12 - Informatique et libertés

12.1 - Recueil des informations

Les informations recueillies auprès des Assurés ou Bénéficiaires sont strictement nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat d'assurance. Ces informations sont indispensables à la gestion des dites garanties et au paiement des prestations qui en découleraient en cas de sinistre.

Ces données sont également collectées et traitées au titre de l'exercice du recours à la gestion des réclamations et du contentieux.

Les informations recueillies permettront l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude ou à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

12.2 - Conservation et portabilité des données

Les données seront conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance et au maximum pendant 10 ans après sa résiliation (en effet la durée de conservation des données est liée à celle de la prescription des garanties souscrites ou de celle de la transmission des capitaux décès à la caisse des dépôts et consignations).

Les destinataires des données des Assurés ou Bénéficiaires peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités du traitement : les personnels de l'Assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, et les souscripteurs du Contrat mais uniquement dans le cadre strict de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance.

Lors de la résiliation du contrat d'assurance, l'Assuré pourra demander à l'organisme assureur quitté, la portabilité des données collectées auprès du nouvel

assureur dans les conditions prévues par la législation.

12.3 - Droits de l'assuré

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, l'Assuré ainsi que toute personne concernée bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations les concernant. Ces personnes peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Toutefois, les données indispensables à la gestion du contrat d'assurance telles que celles nécessaires à l'appel des cotisations et au paiement des prestations ne pourront donner lieu à suppression.

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits en adressant leur demande aux coordonnées suivantes :

MACD
12 RUE BALLU
75009 PARIS

Les Assurés et Bénéficiaires disposent également d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Les personnes concernées disposent de la faculté de contacter le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes :

Par email à : hugues.alençon@exceptio.com

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Assuré ou, le cas échéant, aux ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés ou des Bénéficiaires des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site : www.bloctel.gouv.fr.

Article 13 - Réclamation - Médiation

En cas de désaccord concernant l'exécution des dispositions afférentes au Contrat, l'Assuré doit faire valoir sa contestation par écrit à l'adresse suivante :

MACD
12 RUE BALLU
75009 PARIS

Si le désaccord persiste, l'Assuré peut saisir, en langue française uniquement, le médiateur de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à :
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 RUE DE VAUGIRARD
75719 PARIS CEDEX 15
- Soit par voie électronique sur le site du médiateur : www.mediateur-mutualite.fr

La proposition du médiateur ne préjuge pas des droits de l'Assuré et de l'Assureur d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.



Article 14 - Droit applicable - Litiges

Le Contrat sera régi et interprété conformément au droit français.

Article 15 - Organisme de contrôle

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution 4 Place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.

PARTICULIERS

PRÉVOYANCE



MUTUELLEMENT PLUS **FORTS**