

Joindre à ce bulletin la photocopie de votre dernière fiche de paie

1. | ADHÉRENT

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : E-mail :

Date de naissance : Numéro de Sécurité Sociale :

Situation familiale : Célibataire Marié Concubin Pacsé Veuf Divorcé

Nombre d'enfants à charge : Profession exacte :

Date d'entrée dans la Fonction Publique : Titulaire : Oui Non

Composition familiale – (conjoint + enfant(s))

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE

2. | BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

Le conjoint non séparé judiciairement,

- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et aux enfants reconnus à charge,
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère ou aux survivants d'entre eux,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux autres ascendants de l'assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers de l'assuré.

Ou

Autre(s) bénéficiaire(s)

- en cas de pluralité de bénéficiaires, répartir le capital entre eux,
- en cas de classement par ordre de priorité, préciser "à défaut" :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE

Je demande mon affiliation à partir du 01 / /

Garantie Perte de Traitement (IPT) incluant un capital décès (*) Montant de l'indemnité : €

Garantie Décès (*) / Invalidité (sans Indemnité Perte de Traitement) Montant du capital décès : €

(*) Capital doublé en cas de décès accidentel.

Règlement des cotisations : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Réservé à l'adhérent :

Le soussigné, peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Maison du Fonctionnaire Prévoyance, de ses mandataires, des assureurs ou des organismes professionnels concernés.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

Date :

Signature :

Questionnaire médical

La personne à assurer doit répondre personnellement, clairement, sans rature ni surcharge à chaque question.

Un simple trait de plume n'est pas suffisant. Entourez la bonne réponse.

En cas de réponse positive, donnez les précisions demandées en utilisant si nécessaire une feuille annexe.

Nom : Prénom : Date de Naissance : []

Adresse :

.....

Profession :

1. Indiquez votre taille :	votre poids :		
2. Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?
3. Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	A quelles dates ? Pour quels motifs ? Durée totale des arrêts de travail ?
4. Suivez-vous actuellement un traitement médical ou un régime ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	A quelles dates ? Pour quels motifs ? Durée totale des arrêts de travail ?
5. Avez-vous suivi durant les 5 dernières années un traitement médical ou un régime ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lequel ? Pour quels motifs ? A quelle date ? et pendant quelle durée ?
6. Avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lequel ? Pour quels motifs ? A quelle date ? et pendant quelle durée ?
7. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	A quelles dates ? Pour quels motifs ?
8. Devez-vous subir des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Dates prévues ? Motif ?
9. Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? Depuis quelle date ? Taux de la pension : Servie par :

Article L.221-14 du Code de la mutualité : "Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque..."

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Je déclare avoir pris connaissance des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances reproduits ci-après : "...Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur...". "L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat...". J'autorise mon assureur et le cas échéant, le gestionnaire de mon contrat, à collecter et à traiter les informations de santé me concernant figurant dans ce questionnaire ainsi que celles qu'ils pourraient recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, aux seules fins de la passation de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance.

Je soussigné déclare avoir pris connaissance des articles ci-dessus et certifie que les déclarations fournies sont exactes, complètes et sincères

A [] le [] Signature []

REPRISE DE CONTRAT ANTÉRIEUR

En cas de reprise d'un contrat antérieur, il y a lieu de joindre au présent bulletin d'adhésion, le certificat établi par le précédent assureur, et de compléter et signer l'attestation ci-après :

Attestation

Je soussigné(e), M [] certifie avoir été assuré(e) pendant la période

du [] / [] / [] au [] / [] / [] par la compagnie (ou l'organisme) : []

Selon le contrat n° [] aux conditions ci-après : []

(compléter l'ensemble des rubriques concernant votre cas)

- sans aucune restriction, surprime ou réduction de garanties
- avec restriction, surprime ou réduction de garanties suivantes :
- pour des garanties équivalentes à celles demandées auprès de la Maison des fonctionnaires Prévoyance
- pour des garanties différentes (joindre photocopie des Conditions Particulières du contrat)

A [] le [] Signature []

la **Maison**
du **Fonctionnaire**

Immeuble le Triangle • 26, allée Jules Milhau • 34000 MONTPELLIER

Tél. : 09 53 02 46 26 • Mail : contact@lamaisondufonctionnaire.fr

N° dépôt 93/000849 • Publication au JO du 6 novembre 2004 • N° SIRET : 424 606 564 00013

Contrat de prévoyance collective à adhésion facultative souscrit par AGE0 pour le compte de La Maison du Fonctionnaire

Les informations recueillies par La Maison du Fonctionnaire (MDF) et AGE0 Prévoyance sont nécessaires à l'étude de votre demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique. Le défaut de réponse aux questions obligatoires peut avoir pour conséquence l'impossibilité de gérer votre adhésion. Vos données seront conservées tout au long de votre adhésion à l'association et conservées jusqu'à 3 ans après votre départ. Conformément au RGPD et à la loi informatique et libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toutes les informations qui vous concernent. Vous pouvez pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en écrivant à : La Maison du Fonctionnaire - Protection des données - Immeuble le Triangle - 26, allée Jules Milhau 34000 Montpellier, soit par e-mail : dpo@fdpm.fr. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr>

AGE0 PREVOYANCE - Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) au capital de 1500 €.

RC 500.171.939 / N° Orias 07.031.908. Garantie financière et assurances de responsabilité civile conforme au Code des Assurances 6 Code APE 6622Z.

**NOTICE D'INFORMATION DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE PROPOSEES PAR
LA MAISON DU FONCTIONNAIRE EN 2025**

Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir les agents de la Fonction Publique contre les risques de décès, d'invalidité absolue et définitive et de perte de traitement, et cela en fonction de la (ou des) garantie(s) souscrite(s).

Admission

L'âge limite d'admission à ces contrats est fixé à 50 ans (60 ans s'il s'agit d'adhérents précédemment garantis auprès d'un autre organisme).

Cotisations

La cotisation est fonction de l'âge de l'adhérent au 1^{er} janvier de l'année dans l'exercice d'assurance et du capital choisi. Les cotisations sont perçues à l'avance, suivant la périodicité retenue (mensuelle pour les montants supérieurs à 15 €, trimestrielle, semestrielle ou annuelle). Le paiement s'effectue soit par chèque, soit par prélèvement sur le compte bancaire ou postal. Les règlements mensuels s'effectuent obligatoirement par prélèvement.

Garantie décès/invalidité et décès accidentel (cotisations mensuelles au 01/01/25)

Capital	15 245 €	30 490 €	45 735 €
- de 35 ans	2.50 €	5.10 €	7.80 €
35 à 49 ans	4.80 €	9.70 €	14.70 €
50 à 59 ans	11.80 €	23.70 €	35.70 €
60 à 64 ans	23.00 €	46.10 €	69.30 €

Garantie perte de traitement incluant un capital décès/invalidité (cotisations mensuelles au 01/01/25)

Capital et IPT Mens.	15 245 € 153 €	15 245 € 306 €	15 245 € 459 €	15 245 € 612 €	15 245 € 765 €	30 490 € 918 €	30 490 € 1 071 €	45 735 € 1 224 €	45 735 € 1 377 €
- de 35 ans	4.00 €	5.50 €	6.90 €	8.40 €	9.90 €	14.70 €	16.30 €	21.20 €	23.10 €
35 à 49 ans	6.90 €	8.90 €	11.00 €	13.00 €	15.10 €	22.50 €	24.70 €	32.00 €	34.80 €
50 à 59 ans	13.60 €	15.80 €	17.50 €	20.30 €	22.50 €	37.00 €	39.50 €	54.00 €	57.00 €
60 à 64 ans	27.50 €	32.00 €	35.50 €	41.00 €	45.50 €	74.00 €	79.50 €	108.00 €	113.50 €

Capital et IPT Mens.	45 735€ 1 530 €	45 735 € 1 683 €	45 735 € 1 836 €	45 735 € 1 989 €	45 735 € 2 142 €	45 735 € 2 295 €	45 735 € 2 448 €	45 735 € 2 601 €	45 735 € 2 754 €
- de 35 ans	25.00 €	26.70 €	28.60 €	30.50 €	32.60 €	34.70 €	36.80 €	39.00 €	41.00 €
35 à 49 ans	37.00 €	39.50 €	42.50 €	45.70 €	48.50 €	51.80 €	54.80 €	58.50 €	62.00 €
50 à 59 ans	60.00 €	63.00 €	66.00 €	69.50 €	73.00 €	76.50 €	80.00 €	84.00 €	88.00 €
60 à 64 ans	119.50 €	126.00 €	133.00 €	140.00 €	146.00 €	155.00 €	162.00 €	170.00 €	177.00 €

Adhésion - Résiliation

Les garanties prennent effet après un stage payant de trois mois, à partir du premier jour du mois suivant la souscription et le paiement de la première cotisation. Elles sont toutefois acquises pendant la durée du stage si l'arrêt de travail ou le décès sont d'origine accidentelle, ou si l'adhésion à La Maison du Fonctionnaire fait suite à un contrat du même type.

L'adhérent s'engage par une déclaration sur l'honneur sur son état de santé, l'assureur se réservant le droit de demander un complément d'information par questionnaire ou visite médicale. Si l'assureur constatait une fausse déclaration intentionnelle, l'adhésion serait considérée comme nulle et les primes perçues resteraient acquises à l'assureur. L'adhésion est réalisée pour une période qui se termine au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée, d'année en année, **par tacite reconduction pour une durée d'un an**. Elle est suspendue en cas de retard de paiement des cotisations. L'adhérent peut résilier annuellement son contrat, à condition d'en informer La Maison du Fonctionnaire par lettre recommandée, deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours. De même, l'assureur pourra modifier les cotisations du contrat au vu de ses résultats. Cette décision devra être prise en accord avec La Maison du Fonctionnaire.

Exclusions - Risques non garantis

Les garanties Décès ne s'appliquent pas en cas de suicide (sauf s'il se produit plus de 1 an après l'adhésion) ; de guerre ; d'accident de navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil et une licence non périmée (le pilote pouvant être l'assuré lui-même).

En outre, sont exclus de la garantie, les accidents résultant d'actes volontaires ; de la conduite de véhicule avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux autorisé par la législation ; de l'utilisation d'ULM, de deltaplane, de parachute et autres formes de vol libre ; de la participation à des courses, matches ou paris ; de la participation à des émeutes, rixes, actes de terrorisme ainsi que les sinistres dus à des radiations ionisantes ou à la désintégration du noyau atomique.

Exercice des garanties

Le contrat cesse dans tous ses effets à la fin du mois suivant la mise à la retraite de l'intéressé, ou dès qu'il ne bénéficie plus des indemnités servies par la Sécurité sociale, la CNRACL ou l'Etat.

L'adhérent a la faculté de changer d'options de garanties (nature et montant) au 1^{er} janvier de chaque année. S'il s'agit d'une extension et/ou d'une augmentation de garanties, l'acceptation par l'assureur reste soumise à une nouvelle déclaration sur l'honneur de l'état de santé de l'adhérent. Toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat.

En cas de non paiement des cotisations, les garanties sont suspendues conformément au Code des Assurances. Faute de régularisation le contrat est résilié, les primes restants dues.

Modalités de gestion

A) Garantie Décès / Décès Accidentel :

En cas de décès, il appartiendra à la famille ou au bénéficiaire du capital de faire parvenir à La Maison du Fonctionnaire un **certificat de décès**, un **certificat du médecin** ayant constaté le décès, faisant mention de son caractère non intentionnel.

En cas de décès accidentel il appartient d'ajouter au dossier la preuve du caractère accidentel du décès.

B) Garantie Perte de Traitement : En cas de Perte de Traitement, il appartiendra à l'adhérent de fournir à La Maison du Fonctionnaire la demande de prestation accompagnée du décompte des 90 jours d'arrêt de travail antérieurs à l'ouverture des droits à indemnisation, de la mention de la période à indemniser et du décompte des pertes de traitement établi par la Sécurité sociale, la CNRACL ou l'Etat.

A) GARANTIE DECES

1) En cas de décès

En cas de décès de l'adhérent âgé de moins de 65 ans, La Maison du Fonctionnaire verse un **capital** dont le montant a été choisi par celui-ci. Ce capital est au moins égal à **15 245 €** et au plus à **45 735 €**.

En cas de décès accidentel de l'adhérent âgé de moins de **65 ans**, ce capital est doublé. L'accident se définit, d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, mais non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure (se reporter au paragraphe **Exclusions - Risques non garantis**).

Bénéficiaire du capital : le capital est versé :

- en premier lieu au bénéficiaire désigné par l'adhérent,
- en l'absence de bénéficiaire désigné, dans l'ordre suivant : au conjoint, ou aux enfants, par parts égales, ou aux parents et à défaut aux grands-parents.
- à défaut de toute personne susnommée, le capital revient à la succession.

2) En cas d'invalidité permanente et absolue

L'invalidité permanente et absolue se définit ainsi :

* soit la situation d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale en 3ème catégorie (Article L.341-3 du Code de la Sécurité sociale),

* soit la situation d'incapacité permanente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale avec un taux égal à 100 %.

Elle est assimilée au décès et donne lieu au versement anticipé du capital décès.

Ce capital est payé à l'adhérent en **une seule fois**, dès reconnaissance de l'invalidité permanente et absolue.

Il n'est plus dû au moment du décès postérieur de l'adhérent.

B) GARANTIE PERTE DE TRAITEMENT

1) Incapacité Temporaire Totale

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale de travail, l'adhérent qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité à la suite d'un **accident** ou d'une **maladie**.

Montant de l'indemnisation :

L'indemnisation versée par La Maison du Fonctionnaire est servie sous forme d'indemnité journalière sur la base d'un montant mensuel fixé par l'adhérent, lors de la signature du bulletin d'adhésion, entre **153 €** et **2 754 €** par mois par tranche de **153 €**.

Durée de l'indemnisation :

Le versement de l'indemnité prend effet **après expiration d'un délai de carence** décompté à partir de l'origine de la maladie ou de l'accident. Ce délai de carence est fixé à **90 jours** ; il est ramené à **30 jours** pour les fonctionnaires de la **Police Nationale**. Pour les salariés de la Fonction Publique, il sera apprécié en tenant compte des périodes d'arrêt de travail cumulées sur les douze mois précédant l'arrêt de travail. Les interruptions de travail, non consécutives, dues à des rechutes de la même maladie ou accident n'entraînent l'application que d'un seul délai de carence. L'indemnisation est poursuivie jusqu'à la reprise du travail par l'adhérent, et au plus tard jusqu'au **365ème jour** suivant l'origine de la maladie ou de l'accident. Elle cesse au **65ème anniversaire** du bénéficiaire.

2) Longue Maladie

Est considéré en longue maladie l'adhérent qui, à l'expiration d'une période d'**un an** comptée à partir de la date d'arrêt de travail, est toujours en arrêt de travail.

Montant de l'indemnisation :

La prestation versée par La Maison du Fonctionnaire est la même que celle prévue pour la garantie Incapacité Temporaire.

Durée de cette indemnisation :

Le versement est poursuivi jusqu'au **1825ème jour** suivant l'origine de la maladie ou de l'accident ; il cesse lorsque l'intéressé est reconnu invalide par la Sécurité sociale, la CNRACL ou l'Etat ou lorsque celles-ci liquident ses droits à la pension vieillesse, au titre de l'incapacité et en tout état de cause au **65ème anniversaire** de l'adhérent.

Forme de l'indemnisation :

Les prestations de La Maison du Fonctionnaire sont versées au bénéficiaire sous forme d'une indemnité mensuelle, payable à terme échu.

REGLE DE LIMITATION

La prestation de La Maison du Fonctionnaire est dans tous les cas limitée aux revenus de pleine activité (salaires, indemnités et primes diverses...). **Toute indemnisation est versée après le décompte des 90 jours d'arrêt de travail.**

Lorsque l'adhérent reprend une activité professionnelle partielle, la prestation servie par La Maison du Fonctionnaire peut se cumuler avec son nouveau revenu. Mais le total de ce dernier et de la prestation La Maison du Fonctionnaire ne peut excéder les revenus de pleine activité (salaires, indemnités et primes diverses...). En cas de dépassement, la prestation La Maison du Fonctionnaire est réduite à due concurrence.

Contrat de prévoyance collective à adhésion facultative souscrit par AGEO pour le compte de La Maison du Fonctionnaire

6 Rue NISOLE – 34000 Montpellier

Tél. 09.53.02.46.26 – Mail : contact@lamaisondufonctionnaire.fr

www.lamaisondufonctionnaire.fr n° dépôt 93/000849 publication au JO du 6 novembre 2004 N° SIRET : 424 606 564 00013

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par LA MAISON DU FONCTIONNAIRE (MDF) et d'AGEO Prévoyance pour la gestion des dossiers adhérents. Elles sont conservées pendant trois ans après la résiliation du contrat et sont destinées exclusivement aux services gestion des contrats de la MDF et d'AGEO Prévoyance. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le Correspondant Informatique & Libertés de la MDF : cil@rdv-sante.fr

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

AGEO PREVOYANCE – Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) au capital de 1500 €. RC 500.171.939 / N° Orias 07.031.908. Garantie financière et assurances de responsabilité civile conforme au Code des Assurances 6 Code APE 6622Z.