

# MUTUALITÉ OBSÈQUES PLUS

## Règlement Mutualiste

### PREAMBULE

Ce contrat collectif facultatif est souscrit par l'ASSOCIATION GEDAS et diffusé par la MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE au profit de tout membre du GEDAS qui souhaite se garantir contre le risque obsèques. L'adhésion est ouverte à tous les membres de moins de 84 ans (ou 80 ans pour l'option prime unique).

L'adhésion au contrat Mut'ualité Obsèques Plus garantit le versement d'une allocation forfaitaire non indexée (Mut'ualité Obsèques Plus) ou indexée (Mut'ualité Obsèques Plus Revalorisé) en cas de décès de l'Adhérent.

Cette allocation est utilisée pour le financement des obsèques.

Le présent contrat n'offre pas de valeur de rachat, il ne s'agit pas d'un contrat de capitalisation ou d'assurance vie. L'allocation versée en cas de décès est donc l'allocation choisie par l'adhérent au moment de son adhésion, quelle que soit la durée d'adhésion et les sommes cotisées.

### ARTICLE 1 - CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle Générale de Prévoyance et son règlement mutualiste.

Lorsqu'elles portent sur un même objet, les conditions particulières se substituent de plein droit aux conditions générales.

### CONTRAT

#### ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de servir le versement d'une allocation Obsèques, aux proches ou directement à un organisme funéraire, lors du décès de l'adhérent. L'allocation n'est versée que pour les frais obsèques liés au seul décès du souscripteur. Il prévoit aussi une garantie d'assistance liée au décès, servie par la Société Inter Mutuelles Assistance (IMA). L'adhérent a le choix entre deux options :

- MUT'ualité Obsèques Plus,
- MUT'ualité Obsèques Plus Revalorisé.

En sus, l'adhérent aura la possibilité de souscrire à une option lui permettant de choisir ses prestations funéraires : il aura le choix entre la crémation ou l'inhumation pour un montant de prestations globales allant de 3000 à 8000€ (cumul des prestations de tous les contrats obsèques souscrits par l'adhérent).

Cette prestation sera facturée 18 € à l'adhésion et est assurée par la société Mesange Prévoyance chez Auxia-Malakoïff Humanis-Service Délégation de Convois, sise—2 rue Clisson 75013 PARIS, SAS au capital de 66 760,00 € immatriculée au RCS de Lille Métropole sous le n° 478 782 915 et à l'ORIAS sous le n° 07 009092.

#### ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Toute adhésion est recevable à partir de 18 ans et jusqu'à l'âge de 84 ans inclus ; exception faite de la garantie MUT'ualité Obsèques Plus avec paiement par cotisation unique, pour laquelle l'adhésion est recevable jusqu'à l'âge de 80 ans inclus.

Le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

#### ARTICLE 4 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle Générale de Prévoyance. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les adhérents.

Les adhérents âgés de plus de 72 ans ne peuvent souscrire une allocation supérieure à 3 000 €. Aucun questionnaire médical ne sera demandé.

#### ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

**Du contrat**  
Le contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

**Dans l'hypothèse où la signature interviendrait après ladite date alors la prise d'effet du contrat débutera le lendemain de la signature et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.**

**A défaut de paiement de la première échéance à la signature du bulletin d'adhésion, la date de prise d'effet de la garantie sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.**

**Le contrat vient à expiration tous les 31 décembre. Il est renouvelable le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée d'une année sauf demande de révision ou de dénonciation de l'adhérent ou de la Mutuelle.**

**Sauf résiliation anticipée par l'adhérent, la garantie couvre le décès de l'adhérent jusqu'à sa 115<sup>e</sup> année.**

#### De la garantie

**La garantie prend effet dès la fin du délai d'attente, et au plus tôt le lendemain de la signature en cas de décès accidentel.**

**La garantie prend fin et les prestations ne sont plus versées à compter du 115<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent.**

### ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

Tout changement doit être signalé à la Mutuelle : état civil, domicile, désignation du (ou des) bénéficiaire(s).

**Aucune modification ne peut intervenir dans le contrat, sauf diminution de l'allocation en cas de force majeure.**

En cas de demande d'augmentation du montant de l'allocation Obsèques, un nouveau contrat sera souscrit, selon ses conditions d'adhésion, en complément du contrat initial.

### ARTICLE 7 – AUTRES CAS DE RÉSILIATION

Le contrat cesse :

- à l'échéance du mois au cours duquel survient le décès de l'adhérent

- par anticipation, à défaut de paiement de la cotisation dans les conditions visées à l'article 8.

- au plus tard au 115<sup>ème</sup> anniversaire de l'adhérent.

La résiliation n'ouvre droit à aucune restitution des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la décision de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

### FONCTIONNEMENT

#### ARTICLE 8 – COTISATION

##### Détermination de la cotisation à l'adhésion

La cotisation est établie à l'adhésion, en fonction :

- du montant du l'allocation choisie par l'adhérent,
- de l'âge de l'adhérent à l'adhésion, déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance,
- de la durée de paiement des cotisations.

La cotisation due au titre des prestations d'assistance est forfaitaire en fonction de la durée de paiement des cotisations. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la durée du contrat, il est possible que le montant des cotisations versées dépasse le montant de l'allocation souscrite sans que cela n'engendre un quelconque droit à compensation.

##### Evolution des cotisations (viagères ou temporaires)

La cotisation au titre des prestations d'assistance est susceptible d'évoluer en fonction des résultats techniques de cette garantie.

La cotisation due chaque année au titre de l'allocation Obsèques n'évolue ni en fonction de l'âge de l'adhérent, ni en fonction de son état de santé, mais elle évolue en fonction des revalorisations annuelles prévues à l'article 12.

##### Modalités de paiement des cotisations

Si l'adhérent choisit l'option Mut'ualité Obsèques Plus, les cotisations sont payables, au choix de celui-ci :

- en une seule fois, lors de l'adhésion, par chèque (cotisation unique),
- par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent,

- pendant toute la durée de l'adhésion (cotisations viagères),
- ou de façon temporaire pendant 5 ou 10 ans (cotisations temporaires).

La cotisation est établie à l'adhésion, en fonction du contrat et du niveau de la garantie choisie.

La cotisation est annuelle et payable d'avance, hormis pour la cotisation unique. Son paiement peut être fractionné mensuellement, trimestriellement ou semestriellement sans que cette facilité de paiement ne remette en cause l'échéance du contrat.

Si l'adhérent opte pour l'option Mut'ualité Obsèques Revalorisé, seule la cotisation viagère est possible.

##### Défaut de paiement des cotisations

Dans le cadre des opérations individuelles, 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, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent 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.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

### ARTICLE 9 – PRESTATIONS

#### Délai d'attente (stage)

##### Décès par accident\* :

Prise en charge au plus tôt le lendemain de la signature du contrat.

##### Décès par maladie :

Pour un montant entre 1 000 € et 3 000 € : 6 mois.

Pour un montant supérieur à 3 000 € : 6 mois

supplémentaires pour la différence.

\* On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure

#### Montant des Prestations

La prestation sera égale au montant de l'allocation Obsèques figurant sur les conditions particulières, sous réserve du paiement de la cotisation annuelle, variant de 1 000 € à 8 000 €, par tranche de 1 000 €.

La cotisation étant annuelle et payable d'avance, la prestation à verser pourra être réduite du solde de la cotisation restant à devoir pour l'année en cours.

#### Bénéficiaire(s) de la prestation

L'allocation souscrite est versée jusqu'à hauteur du montant de la facture directement à l'organisme funéraire ou à la ou les personnes qui justifient avoir réglé les frais d'obsèques.

Si le montant de la facture est inférieur à l'allocation souscrite le solde restant dû sera versé aux bénéficiaires désignés dans le bulletin d'adhésion, et à défaut aux ayants-droit dans l'ordre suivant :

- le conjoint non séparé de droit ou de fait,
- le partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),

À défaut par ordre prioritaire d'existence :

- les enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés, par part égale ; en cas de représentation, la part versée aux représentants est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant,
- les père et mère de l'adhérent, par part égale,
- les autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales.

### ARTICLE 10 – JUSTIFICATIFS À ADRESSER EN CAS DE DEMANDE D'INDÉMNISATION

Pour toute demande d'allocation Obsèques, les bénéficiaires devront fournir à la Mutuelle les pièces suivantes :

- l'acte de décès,
- le certificat post mortem précisant les causes du décès,
- la facture acquittée des pompes funèbres, par la personne ayant réglé les frais d'obsèques ; à défaut, la présentation d'une simple facture entraîne un paiement direct de l'organisme funéraire,
- le certificat d'hérité ou le livret de famille,
- une attestation de porte-fort le cas échéant,
- éventuellement un RIB.

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut être amenée à demander tout autre document complémentaire permettant le versement des prestations en cas d'impossibilité de confirmation des conditions à réunir nécessaires au dit versement.

### ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

**Certains risques ne sont pas pris en charge :**

- **Les faits de terrorisme, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, de guerre civile ou étrangère, de sabotage, de rixe (sauf cas de légitime défense), d'agression ou crime, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active.**

### ARTICLE 12 – REVALORISATION ET REVISION DES COTISATIONS

**Contrat MUT'ualité Obsèques Plus :**  
aucune revalorisation.

**Contrat MUT'ualité Obsèques Plus Revalorisé :**

Les cotisations et les prestations sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier de 2,5 %, sauf décision prise par le Conseil d'Administration de la Mutuelle Générale de Prévoyance d'un taux différent.

#### Révision de la cotisation

À tout moment, sur décision de l'Assemblée Générale de la MGP, les cotisations peuvent être modifiées.

### DISPOSITIONS DIVERSES

#### ARTICLE 13 – FAUSSES DÉCLARATIONS

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité. Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie sera sanctionnée conformément aux dispositions de l'article L 221-15 du même code.**

#### ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

**Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :**

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

**droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent 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° de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.**

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

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire ».**

## ARTICLE 15 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

### RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives au bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance  
Service réclamation  
39 rue du Jourdil  
74960 CRAN GEVRIER  
Ou par mail à l'adresse suivante : [map@mgprev.fr](mailto:map@mgprev.fr)

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

### MÉDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale de Prévoyance  
A l'attention du médiateur  
UGM ENTIS  
39 rue du Jourdil  
74960 CRAN GEVRIER  
Ou à l'adresse suivante : [mediation@mutuelles-entis.fr](mailto:mediation@mutuelles-entis.fr)

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties en litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

## ARTICLE 16 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier

1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : [dpo@mutuelles-entis.fr](mailto:dpo@mutuelles-entis.fr). Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

## ARTICLE 17 – SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à ses ayants-droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place de l'adhérent assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

## ARTICLE 18 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

## ARTICLE 19 - REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlés lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents aux mieux de leurs intérêts après avoir recueilli leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

## DEFINITIONS

### Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus et impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien. Cependant, n'est pas considéré comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un

accident. Ainsi ne sont pas considérées comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisées comme des maladies : les malaises cardiaques, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement, les lombagos, les sciatiques, les éventrations, les hernies.

### Adhérent

Personne physique ayant fait acte d'adhésion à la garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

### Assuré

Personne physique admise à la Mutuelle et sur la tête de laquelle repose le contrat.

### Ayant droit

Sont désignées comme ayants-droit les personnes assurées du chef de l'adhérent sur le contrat (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge).

### Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations liées au contrat qui lie l'adhérent à la mutuelle.

### Conditions Générales

Mode d'emploi, et règles qui régissent le contrat.

### Conditions Particulières

Contrairement aux Conditions Générales, les Conditions Particulières sont personnelles. Elles définissent les garanties choisies.

### Délai d'attente

Période suivant la prise d'effet du contrat pendant les garanties du contrat ne s'appliqueront pas, sauf précisions contraires stipulées dans les conditions générales.

### Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e), non séparé de corps par un jugement définitif, non séparé de fait.

### Concubin

Est désignée comme concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

### Enfant à charge

Sont désignés comme enfants à charge les enfants de l'adhérent ou les enfants qu'il a recueillis :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- s'ils sont âgés de moins de 20 ans avec certificat de scolarité ;
- L'enfant de l'adhérent né viable moins de 180 jours après le décès de ce dernier.

### Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants de l'adhérent, effectivement à la charge de l'adhérent au sens fiscal, le conjoint de l'adhérent n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.