



**MINISTÈRE
DE LA CULTURE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



MGEN. Première mutuelle des agents du service public

mgen^{*}

GRUPE **vyv**

Notice d'information

Régime collectif Prévoyance

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	5
I.BENEFICIAIRES.....	7
ARTICLE 1. BENEFICIAIRES.....	7
ARTICLE 1.1. BENEFICIAIRES AGENTS ACTIFS.....	7
ARTICLE 1.2. BENEFICIAIRES RETRAITES.....	7
ARTICLE 1.3. BENEFICIAIRES AYANTS DROIT.....	7
II.MODALITÉS D'ADHÉSION AU RÉGIME - PRISE D'EFFET DES GARANTIES	8
ARTICLE 2. ADHESION AUX GARANTIES COMPLEMENTAIRES « SOCLE » DES AGENTS EN SITUATION EFFECTIVE D'ACTIVITE.....	8
ARTICLE 2.1. ADHESION DANS LES 6 MOIS SUIVANT LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF OU LA DATE D'EMBAUCHE OU LA DATE D'ECHEANCE DU CONTRAT INDIVIDUEL EN COURS A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF.....	8
ARTICLE 2.2. ADHESION AU-DELA DU DELAI DE 6 MOIS SUIVANT LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF OU LA DATE D'EMBAUCHE OU LA DATE D'ECHEANCE DU CONTRAT INDIVIDUEL EN COURS A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF.....	8
ARTICLE 2.3. PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION	9
ARTICLE 3. ADHESION AUX GARANTIES ADDITIONNELLES (OPTIONS).....	9
ARTICLE 3.1. OPTION A : INCAPACITE DE TRAVAIL.....	9
ARTICLE 3.2. OPTIONS B ET C : FRAIS D'OBSEQUES ET PERTE D'AUTONOMIE	10
ARTICLE 4. ADHESION AUX GARANTIES SOCLE ET ADDITIONNELLES DES AGENTS EN ARRET DE TRAVAIL	11
ARTICLE 5. RENONCIATION A L'ADHESION.....	12
III.GARANTIES COMPLEMENTAIRES « SOCLE »	13
ARTICLE 6. GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL.....	13
ARTICLE 6.1. OBJET DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 6.2. MONTANT DE LA PRESTATION INCAPACITE.....	13
ARTICLE 6.3. ASSIETTE DE LA PRESTATION INCAPACITE	13
ARTICLE 6.4. FAIT GENERATEUR ET DEBUT DE PRISE EN CHARGE	14
ARTICLE 6.5. REGLE DE CUMUL.....	14
ARTICLE 6.6. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 6.7. REVALORISATION DE LA PRESTATION	15
ARTICLE 6.8. CESSATION DES PRESTATIONS INCAPACITE	15
ARTICLE 6.9. TERME DE LA GARANTIE	15
ARTICLE 7. GARANTIE INVALIDITE NON PROFESSIONNELLE.....	15
ARTICLE 7.1. OBJET DE LA GARANTIE	15
ARTICLE 7.2. MONTANT DE LA PRESTATION INVALIDITE.....	16
ARTICLE 7.3. ASSIETTE DE LA PRESTATION	16
ARTICLE 7.4. FAIT GENERATEUR ET DEBUT DE PRISE EN CHARGE	16
ARTICLE 7.5. REGLE DE CUMUL.....	17

ARTICLE 7.6. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	17
ARTICLE 7.7. REVALORISATION DE LA PRESTATION	17
ARTICLE 7.8. CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION	18
ARTICLE 7.9. TERME DE LA GARANTIE	18
ARTICLE 8. GARANTIE DECES	18
ARTICLE 8.1. OBJET DE LA GARANTIE	18
ARTICLE 8.2. MONTANT DU CAPITAL DECES	18
ARTICLE 8.3. BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES.....	18
ARTICLE 8.4. ACCEPTATION DE BENEFICIAIRE	19
ARTICLE 8.5. PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT DU CAPITAL DECES	19
ARTICLE 8.6. REGLEMENT DU CAPITAL DECES.....	19
ARTICLE 8.7. RISQUES EXCLUS	20

IV.GARANTIES ADDITIONNELLES..... 21

ARTICLE 9. OPTION A - INCAPACITE DE TRAVAIL	21
ARTICLE 9.1. OBJET DE LA GARANTIE	21
ARTICLE 9.2. MONTANT DE LA PRESTATION	21
ARTICLE 9.3. ASSIETTE DE REMUNERATION	22
ARTICLE 9.4. FAIT GENERATEUR ET DEBUT DE LA PRISE EN CHARGE	22
ARTICLE 9.5. REGLE DE CUMUL	22
ARTICLE 9.6. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
ARTICLE 9.7. REVALORISATION DE LA PRESTATION	23
ARTICLE 9.8. CESSATION DES PRESTATIONS INCAPACITE	23
ARTICLE 9.9. TERME DE LA GARANTIE	23
ARTICLE 10. OPTION B – FRAIS D’OBSEQUES	23
ARTICLE 10.1. OBJET DE LA GARANTIE	23
ARTICLE 10.2. MONTANT DE L’ALLOCATION FRAIS D’OBSEQUES.....	24
ARTICLE 10.3. PRISE D’EFFET DE LA GARANTIE	24
ARTICLE 10.4. VERSEMENT DE LA PRESTATION	24
ARTICLE 10.5. EXCLUSIONS	24
ARTICLE 11. OPTION C – PERTE D’AUTONOMIE	24
ARTICLE 11.1. OBJET DE LA GARANTIE	24
ARTICLE 11.2. DEFINITION DE L’ETAT DE DEPENDANCE	24
ARTICLE 11.3. PRISE D’EFFET DE LA GARANTIE	25
ARTICLE 11.4. MONTANT DE LA PRESTATION	25
ARTICLE 11.5. VERSEMENT DE LA PRESTATION	25
ARTICLE 11.6. RISQUES EXCLUS	26
ARTICLE 11.7. REVALORISATION DES PRESTATIONS	26
ARTICLE 11.8. CESSATION DES PRESTATIONS	26

V.DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES 27

ARTICLE 12. CHANGEMENT DE SITUATION EN COURS DE GARANTIE.....	27
ARTICLE 13. DECLARATION DES SINISTRES.....	27
ARTICLE 14. CONTROLE MEDICAL	27
ARTICLE 15. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RESILIATION OU DE NON- RENOUVELLEMENT.....	27
ARTICLE 16. MAINTIEN DES GARANTIES DECES EN CAS D’ARRET DE TRAVAIL	28

ARTICLE 17. PARTICIPATION AUX BENEFICES	28
VI.RESILIATION ET CESSATION DES GARANTIES	29
ARTICLE 18. RESILIATION DE L'ADHESION AUX GARANTIES « SOCLE »	29
ARTICLE 19. RESILIATION DE L'ADHESION AUX GARANTIES ADDITIONNELLES	29
ARTICLE 19.1. RESILIATION DE L'OPTION A (INCAPACITE DE TRAVAIL).....	29
ARTICLE 19.2. RESILIATION DES OPTIONS B ET C (FRAIS D'OBSEQUES ET DEPENDANCE)....	29
ARTICLE 20. RESILIATION A LA SUITE D'UNE EVOLUTION DU CONTRAT	30
ARTICLE 21. MODALITES.....	30
ARTICLE 22. CESSATION DES GARANTIES.....	30
VII.COTISATIONS.....	31
ARTICLE 23. ASSIETTE DE COTISATIONS	31
ARTICLE 24. COTISATIONS DES OPTIONS FRAIS D'OBSEQUES ET PERTE D'AUTONOMIE	31
ARTICLE 25. PAIEMENT DES COTISATIONS.....	31
ARTICLE 26. EVOLUTION DES COTISATIONS	31
ARTICLE 27. DEFAUT DE PAIEMENT PAR LE MEMBRE PARTICIPANT	31
VIII. ASSISTANCE	32
ARTICLE 28. ASSISTANCE	32
IX.DISPOSITIONS DIVERSES.....	33
ARTICLE 29. REPRESENTATION DES MEMBRES PARTICIPANTS AU SEIN DE LA MUTUELLE.	33
ARTICLE 30. SUBROGATION DE LA MUTUELLE.....	33
ARTICLE 31. DECHEANCE.....	33
ARTICLE 32. RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE	33
ARTICLE 33. PRESCRIPTION.....	33
ARTICLE 34. RECLAMATION – MEDIATION.....	34
ARTICLE 35. TERRITORIALITE.....	35
ARTICLE 36. AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION.....	35
ARTICLE 37. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME (LCB-FT), GEL DES AVOIRS ET PREVENTION DE LA CORRUPTION	35
ARTICLE 38. LUTTE CONTRE LA CORRUPTION ET LE TRAFIC D'INFLUENCE	35
ARTICLE 39. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	36
ANNEXE 1 : TABLEAUX DE GARANTIES	38
ANNEXE 2 : COTISATIONS	40

PRÉAMBULE

Le présent document constitue la Notice d'Information référencée 2510-07EBP des contrats collectifs d'assurance complémentaire Prévoyance conclus entre :

D'une part :

Le ministère de la Culture et les établissements publics qui lui sont rattachés (à l'exception de l'Institut national de recherches archéologiques préventives, l'INRAP), ou qui rejoindraient le régime ultérieurement,

ci-après dénommés « Souscripteur » ou « Employeur » selon le contexte ;

D'autre part :

MGEN : mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 775 685 399, dont le siège social est situé au 3, square Max Hymans - 75748 Paris cedex 15,

MUTEX : société anonyme au capital de 37 302 300 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 529 219 040, dont le siège social est situé au 140 avenue de la république – 92320 Châtillon. Mutex est agréée pour pratiquer les opérations mentionnées à l'article R. 321-1 du Code des assurances, des branches 1 (accidents), 2 (maladie), 20 (vie-décès), 21 (nuptialité-natalité),

ci-après désignées « les Co-assureurs ».

Les contrats sont régis par les dispositions du Code de la mutualité et du Code des assurances.

Les Co-assureurs sont soumis au contrôle de l'ACPR, Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Les Co-assureurs étant représentés par MGEN agissant en qualité d'Apériteur du contrat, ci-après dénommé « **la Mutuelle** ».

Les relations entre les Co-assureurs font l'objet d'une convention de co-assurance qui précise notamment les modalités de concertation entre elles, conformément à l'article L.227-1 du Code de la mutualité et à l'article L.145-2 du Code des assurances.

Tout membre participant est garanti pendant une même durée et par un même contrat collectif par au moins deux organismes assureurs, chacun d'eux proportionnellement à la part prévue à la convention de co-assurance. Les contrats collectifs sont souscrits par les Employeurs auprès des Co-assureurs.

Les contrats sont conclus pour une durée maximale de six 6 ans, reconductions comprises, à compter de la date d'effet.

Les Employeurs contribuent au financement des garanties complémentaires « Socle » auxquels leurs agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent actif, déterminée par la réglementation.

La présente Notice d'Information définit les garanties prévues par les contrats collectifs et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Elle fait partie intégrante des documents contractuels suivants :

- Contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties prévoyance interministérielles (ci-après dénommées « garanties socle ») pour les agents actifs ;
- Contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties additionnelles « option A » (incapacité de travail) uniquement pour les agents actifs, « option B » (Frais d'obsèques) et « option C » (Perte d'autonomie) pour les agents actifs ou retraités et leurs ayants droit. Pour adhérer au contrat portant sur les garanties additionnelles, les agents actifs doivent avoir adhéré au contrat portant sur les garanties socle.

I. BENEFICIAIRES

Article 1. Bénéficiaires

Le présent régime collectif à adhésion facultative a pour objet de garantir aux bénéficiaires mentionnés ci-après, une couverture complémentaire en prévoyance portant sur les risques incapacité, invalidité, décès et, le cas échéant, perte d'autonomie. Les garanties et les prestations sont définies aux III et IV du présent document.

Article 1.1. Bénéficiaires agents actifs

Par agents actifs il faut entendre les agents employés et rémunérés par le Souscripteur et qui, par leur adhésion au contrat collectif relatif aux garanties interministérielles et, le cas échéant, au contrat collectif relatif aux garanties additionnelles, acquièrent la qualité de « membre participant » de la Mutuelle.

Il s'agit des :

- Fonctionnaires (titulaires et stagiaires),
- Agents contractuels de droit public,
- Agents contractuels de droit privé lorsqu'ils ne sont pas couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Les agents actifs peuvent adhérer aux garanties « Socle » ainsi qu'à l'ensemble des garanties additionnelles Incapacité de travail, Frais d'obsèques et Perte d'autonomie (options A, B et C).

Article 1.2. Bénéficiaires retraités

Peuvent demander à adhérer uniquement aux Options B et/ou C du contrat collectif relatif aux garanties additionnelles (présentées au IV) les retraités tels que définis ci-après.

Sont considérés comme bénéficiaires retraités les anciens agents du Souscripteur répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- être titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de la fonction publique de l'Etat : régime du code des pensions civiles et militaires de retraite, régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ;
- avoir la qualité de bénéficiaire actif à la date de cessation d'activité définitive pour admission à la retraite.

A titre transitoire, la personne qui est déjà retraitée à la date d'entrée en vigueur du présent régime dispose d'un délai d'un an à compter de cette date pour adhérer aux Options B et/ou C. La Mutuelle ne peut refuser ces demandes d'adhésion.

Par leur adhésion aux Options B et/ou C du contrat collectif relatif aux garanties additionnelles, les retraités définis ci-dessus acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle.

Article 1.3. Bénéficiaires ayants droit

Les membres participants (agents actifs et retraités) ayant adhéré aux Options B et/ou C du contrat collectif relatif aux garanties additionnelles définies au IV, peuvent faire bénéficier leur ayant droit, avec le consentement de ce dernier, des mêmes garanties additionnelles (options B et/ou C).

Sont considérés comme ayants droit des membres participants :

- Le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil, d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ;
- La personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- La personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil.

II. MODALITÉS D'ADHÉSION AU RÉGIME - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Article 2. Adhésion aux garanties complémentaires « Socle » des agents en situation effective d'activité

L'adhésion des agents actifs au contrat est facultative.

L'adhésion est subordonnée à la complétude d'un bulletin d'adhésion et à la fourniture des pièces justificatives demandées. Un dossier est considéré comme complet, lorsqu'il ne manque pas de pièces justificatives bloquantes pour la saisie de l'adhésion. Les pièces justificatives obligatoires pour la saisie d'une adhésion sont indiquées sur le formulaire de demande d'adhésion.

Lors de l'adhésion aux garanties complémentaires « Socle », l'agent actif indique s'il souhaite adhérer aux garanties additionnelles à son profit et le cas échéant au profit de son ayant droit.

Article 2.1. Adhésion dans les 6 mois suivant la date d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche ou la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif

L'adhésion des agents n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé lorsque la demande intervient dans :

- les six (6) premiers mois qui suivent la prise d'effet du contrat collectif ;
- ou dans les six (6) mois qui suivent la date d'embauche, lorsque les agents sont embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat.

Toutefois, lorsqu'à la date d'effet du contrat collectif, l'agent est bénéficiaire d'un contrat individuel couvrant les risques incapacité, invalidité et décès, le délai de six (6) mois précité est reporté à la date d'échéance dudit contrat. Ce report ne peut avoir lieu que dans la limite de douze (12) mois à compter de la prise d'effet du contrat collectif relatif aux garanties complémentaires « Socle ».

Article 2.2. Adhésion au-delà du délai de 6 mois suivant la date d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche ou la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif

La demande d'adhésion sera soumise à un questionnaire médical au-delà des 6 mois à compter de :

- la prise d'effet du contrat ;
- ou de la date d'embauche (si celle-ci est postérieure) ;
- ou de la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif.

L'agent doit renseigner, dater et signer son questionnaire médical et le retourner à l'adresse suivante :

Cellule médicale
Questionnaire de santé
TSA 21526
53106 MAYENNE CEDEX

A la suite du questionnaire médical, l'adhésion peut faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

Toutefois, les pathologies légères ne font pas l'objet d'exclusions. Une pathologie sera considérée comme légère si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- la durée de l'arrêt est inférieure ou égale à 5 jours ;
- l'arrêt de travail n'a pas entraîné d'hospitalisation ;
- l'arrêt de travail n'est pas un renouvellement d'arrêt.

Article 2.3. Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet soit :

- à la prise d'effet du contrat collectif, sous réserve que la Mutuelle ait reçu un dossier complet de demande d'adhésion avant cette date ;
- au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande, si la demande n'est pas soumise à questionnaire médical, et sous réserve que la Mutuelle ait reçu un dossier complet de demande d'adhésion ;
- au 1er jour du mois qui suit l'acceptation de la demande, si la demande est soumise à questionnaire médical et sous réserve de l'accord écrit de l'agent sur les conditions de prise en charge.

L'adhésion du membre participant aux garanties « Socle » est valable jusqu'au 31 décembre qui suit sa date d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par la présente Notice d'information.

Article 3. Adhésion aux garanties additionnelles (Options)

Article 3.1. Option A : Incapacité de travail

3.1.1. Conditions d'adhésion à l'Option A

L'adhésion à l'option A est réservée à l'agent actif ayant adhéré aux garanties complémentaires « Socle ».

Si la demande d'adhésion à l'option A intervient dans les 6 premiers mois qui suivent la prise d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche si celle-ci est postérieure ou si elle intervient dans les six mois suivant la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif, elle n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé.

Si la demande d'adhésion à l'option A intervient au-delà des 6 premiers mois qui suivent la prise d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche si celle-ci est postérieure, ou au-delà des six premiers mois suivant la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif, elle sera soumise à un questionnaire médical.

L'agent doit renseigner, dater et signer son questionnaire médical et le retourner à l'adresse suivante :

Cellule médicale
Questionnaire de santé
TSA 21526
53106 MAYENNE CEDEX

A la suite du questionnaire médical, l'adhésion peut faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

Toutefois, les pathologies légères ne font pas l'objet d'exclusions. Une pathologie sera considérée comme légère si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- la durée de l'arrêt est inférieure ou égale à 5 jours ;
- l'arrêt de travail n'a pas entraîné d'hospitalisation ;
- l'arrêt de travail n'est pas un renouvellement d'arrêt.

3.1.2. Prise d'effet de l'adhésion

Si la demande d'adhésion à l'option A est concomitante à la demande d'adhésion aux garanties socle, l'option A prendra effet à la même date que la prise d'effet des garanties socle.

Si la demande d'adhésion à l'option A est postérieure à la demande d'adhésion aux garanties socle, l'option A prendra effet :

- au 1er jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle, si la demande n'est pas soumise à questionnaire médical ;
- au 1er jour du mois suivant l'acceptation de la demande par la Mutuelle, si la demande est soumise à questionnaire médical, et sous réserve de l'accord écrit de l'agent sur les conditions de prise en charge.

Article 3.2. Options B et C : Frais d'obsèques et Perte d'autonomie

3.2.1. Conditions d'adhésion aux Options B et C

L'adhésion aux options B et C est possible pour :

- L'agent actif, à condition qu'il soit adhérent aux garanties socle. L'adhésion aux options peut avoir lieu en même temps que l'adhésion aux garanties socle ou en cours de contrat.
- Le retraité, à condition d'être titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de la fonction publique et d'avoir été bénéficiaire actif à la date de la cessation d'activité pour admission à la retraite.
- Par dérogation, la personne qui est déjà retraitée à la date d'entrée en vigueur du présent régime et qui demande son adhésion dans le délai d'un an à compter de cette date.

L'agent actif ou retraité peut également demander la couverture de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, avec le consentement de ce dernier, au titre des options B et/ou C, à condition que l'agent actif ou retraité soit lui-même adhérent aux garanties concernées.

L'adhésion à l'option B est possible jusqu'à la veille du 85ème anniversaire de la personne souhaitant être couverte.

L'adhésion à l'option C est possible jusqu'à la veille du 75ème anniversaire de l'agent actif ou retraité ou de l'ayant droit du retraité. Elle est possible jusqu'à la veille du 81^{ème} anniversaire de l'ayant droit de l'agent actif.

- Adhésion dans les 6 mois suivant la date d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche de l'agent ou la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif :

L'adhésion de l'agent actif, de l'agent retraité (qu'il soit déjà retraité à la date d'effet du présent régime ou non) et de leur ayant droit aux Options B et C n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé lorsque la demande intervient dans :

- les six (6) premiers mois qui suivent la prise d'effet du contrat collectif ;
- ou dans les six (6) mois qui suivent la date d'embauche, lorsque l'agent est embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ;
- ou dans les six mois suivant la date d'échéance du contrat individuel couvrant les risques incapacité, invalidité et décès en cours à la date d'effet du contrat collectif.
- Adhésion au-delà du délai de 6 mois suivant la date d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche de l'agent ou la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif :

La demande d'adhésion de l'agent actif, de l'agent retraité (qu'il soit déjà retraité à la date d'effet du présent régime ou non) et de leur ayant droit aux Options B et C au-delà des 6 mois à compter de la prise d'effet du contrat ou de la date d'embauche (si celle-ci est postérieure) de l'agent, ou au-delà des six mois suivant la date d'échéance du contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif, sera soumise à un questionnaire médical.

L'agent actif, l'agent retraité et l'ayant droit doit renseigner, dater et signer son questionnaire médical et le retourner à l'adresse suivante :

Cellule médicale
Questionnaire de santé
TSA 21526
53106 MAYENNE CEDEX

A la suite du questionnaire médical, l'adhésion peut faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

Toutefois, les pathologies légères ne font pas l'objet d'exclusions. Une pathologie sera considérée comme légère si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- la durée de l'arrêt est inférieure ou égale à 5 jours ;
- l'arrêt de travail n'a pas entraîné d'hospitalisation ;
- l'arrêt de travail n'est pas un renouvellement d'arrêt.

L'adhésion peut intervenir à tout moment dès lors que les conditions décrites ci-dessus sont remplies.

3.2.2. Prise d'effet de l'adhésion

Si l'adhésion de l'agent actif est concomitante à son adhésion aux garanties socle, l'adhésion à l'option prendra effet à la même date.

Si l'adhésion est postérieure à l'adhésion de l'agent actif aux garanties socle, ainsi que pour l'adhésion des ayants droit et retraités, l'adhésion prendra effet :

- au plus tôt au 1er jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle en l'absence de questionnaire médical ;
- au plus tôt au 1er jour du mois suivant l'acceptation de la demande par la Mutuelle en cas de questionnaire médical.

3.2.3. Délais d'attente

Le délai d'attente se définit comme une période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise. Cette période commence à courir à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Les sinistres nés pendant le délai d'attente ne sont pas indemnisés. Durant les délais d'attente, le membre participant reste redevable des cotisations liées aux options en question.

La prestation de l'option B (Frais d'obsèques) est soumise à un délai d'attente de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'accident, quelle que soit la date d'adhésion.

La prestation de l'option C (Perte d'autonomie) est soumise à un délai d'attente de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'accident, quelle que soit la date d'adhésion. Ce délai est porté à 36 mois dans le cas de pathologies neurodégénératives.

L'adhésion du membre participant aux garanties additionnelles est valable jusqu'au 31 décembre qui suit sa date d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par la présente Notice d'information.

Article 4. Adhésion aux garanties Socle et additionnelles des agents en arrêt de travail

Les agents en arrêt de travail à la date de la demande d'adhésion pourront demander leur adhésion dans les conditions de l'article 3 de la Loi EVIN du 31 décembre 1989.

En conséquence, la Mutuelle doit prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'intéressé.

Toutefois, la Mutuelle peut refuser de prendre en charge les suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion de l'intéressé à condition :

- que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ;
- que la Mutuelle apporte la preuve que la maladie était antérieure à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif.

L'adhésion est soumise à un questionnaire médical entraînant, le cas échéant, une exclusion de prise en charge de la ou des pathologie(s) à l'origine de l'arrêt de travail en cours à la date de la demande d'adhésion.

Toutefois, les pathologies légères ne font pas l'objet d'exclusions. Une pathologie sera considérée comme légère si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- la durée de l'arrêt est de 5 jours au plus ;
- l'arrêt de travail n'a pas entraîné d'hospitalisation ;
- l'arrêt de travail n'est pas un renouvellement d'arrêt.

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de la demande par la Mutuelle, sous réserve de l'accord écrit de l'agent sur les conditions de prise en charge.

Article 5. Renonciation à l'adhésion

Le membre participant dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion aux garanties Socle et/ou aux garanties additionnelles sans justification, à compter du jour où il est informé de la prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle. Toutefois, si des prestations ont été versées, elles devront être remboursées intégralement par le membre participant avant tout remboursement préalable des cotisations par la Mutuelle.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle suivant : « Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif facultatif / aux garanties optionnelles, souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

III. GARANTIES COMPLEMENTAIRES « SOCLE »

Le régime prend en charge, au titre des garanties complémentaires Socle, l'indemnisation des agents publics placés en congé de longue maladie (CLM) ou congé de grave maladie (CGM), en invalidité d'origine non professionnelle et assure le versement d'un capital en cas de décès.

Les garanties complémentaires « socle » de prévoyance sont éligibles à la participation financière de l'employeur.

Article 6. Garantie incapacité de travail

Article 6.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une prestation complémentaire au membre participant en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de grave maladie (CGM), ouvrant droit à des prestations en espèces de l'employeur ou du régime général de la Sécurité Sociale, à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Le congé de longue maladie est celui prévu à l'article L. 822-6 du Code général de la fonction publique.

Le congé de grave maladie est celui prévu à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat.

- **Pour les fonctionnaires**

Est considéré comme étant en Incapacité de travail, au titre de la présente garantie, le membre participant qui à la fois :

- est placé en Congé Longue Maladie au sens de l'article L. 822-6 du code Général de la Fonction Publique ;
- perçoit à ce titre des prestations en espèces en application du statut de la Fonction Publique,

- **Pour les agents contractuels :**

Est considéré comme étant en Incapacité de travail, au titre de la présente garantie, le membre participant qui à la fois :

- est placé en Congé Grave Maladie au sens de l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat,
- perçoit à ce titre des prestations en espèces en application de son statut professionnel ou de la Sécurité Sociale.

Article 6.2. Montant de la prestation incapacité

La Mutuelle garantit au membre participant en congé de longue maladie ou en congé de grave maladie le versement de prestations venant en complément de sa rémunération réduite, lui permettant de percevoir :

- 100 % de l'assiette de rémunération telle que définie à l'article 6.3, la première année ;
- 80 % de l'assiette de rémunération telle que définie à l'article 6.3, la deuxième année ;
- 80 % de l'assiette de rémunération telle que définie à l'article 6.3, la troisième année.

Ces prestations s'entendent sous déduction des prestations versées par l'organisme public au titre de ses obligations statutaires et/ ou des prestations versées par le régime de Sécurité sociale et éventuellement tout autre organisme complémentaire, brutes de prélèvements sociaux.

Ces prestations ne peuvent être servies qu'en complément d'un maintien de rémunération de l'employeur ou d'une indemnisation versée par un régime de Sécurité sociale.

Article 6.3. Assiette de la prestation incapacité

L'assiette de la prestation est calculée en fonction de la rémunération constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues en congé de longue maladie pour les fonctionnaires et en congé de grave maladie pour les agents contractuels, conformément à l'article 4 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024.

La rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes mensuelles de l'activité professionnelle des trois mois précédant l'arrêt de travail. La rémunération de référence d'un membre participant n'ayant pas accompli dans la fonction qu'il occupe le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul est déterminé en fonction d'un assiette reconstituée *prorata temporis*.

Article 6.4. Fait générateur et début de prise en charge

6.4.1. Fait générateur

Le fait générateur correspond au premier (1^{er}) jour de l'arrêt de travail de l'agent.

Un arrêt de travail ne peut être considéré comme un nouveau fait générateur que s'il est consécutif à une reprise d'activité de 30 jours minimum. A défaut, le fait générateur reste inchangé.

6.4.2. Début de prise en charge

Les prestations sont dues :

- A compter de la première année pour la prise en charge complémentaire de la rémunération indemnitaire ;
- A compter de la deuxième année pour la prise en charge complémentaire de la rémunération indiciaire et de la rémunération indemnitaire.

Article 6.5. Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent régime ne peuvent, en s'ajoutant aux sommes versées par l'employeur et par la Sécurité Sociale, ou par tout autre organisme, permettre au membre participant de percevoir des sommes supérieures à 100% de la rémunération nette moyenne, prise en compte dans la rémunération de référence, avant impôt et avant arrêt de travail.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la Mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 6.6. Modalités de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées à terme échu dans un délai maximum de 7 jours ouvrés, hors délais bancaires.

6.6.1. Obligations du membre participant

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit déclarer le sinistre via son Espace personnel.

Le membre participant s'engage à rembourser sans délai toutes prestations indûment perçues, notamment en cas de changement de nature de son congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de sa situation. La Mutuelle peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par la Mutuelle au Membre participant.

6.6.2. Pièces à fournir

Afin de permettre l'instruction du dossier, le membre participant fournit les pièces justificatives suivantes :

- Le formulaire de demande de prestations complété, daté et signé par le membre participant ;
- Les arrêtés de congés mentionnant pour chaque période de congés le mode de rémunération : plein traitement, maintien partiel du traitement (ex : 50%), sans traitement;
- La copie des trois bulletins de paie précédant l'arrêt de travail ;
- Les décomptes d'indemnités journalières de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels ;
- La copie du Relevé d'Identité Bancaire.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, le membre participant doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- La copie de l'arrêté de prolongation ou de maintien de congés maladie mentionnant le mode de rémunération ;

- Les décomptes d'indemnités journalières de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Article 6.7. Revalorisation de la prestation

La prestation est revalorisée annuellement au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique, dans la limite de 80% du taux de rendement comptable de l'Actif Général des Coassureurs, pondérés par leur quotepart respective, net du taux technique Non-Vie.

La rémunération de référence n'est pas revalorisée.

En cas de résiliation du contrat relatif aux garanties socle, toutes les prestations issues des sinistres survenus pendant la période d'exécution dudit contrat seront revalorisées dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Article 6.8. Cessation des prestations incapacité

La garantie se poursuit, tant que dure le congé de longue maladie ou le congé de grave maladie du membre participant, et au plus tard jusqu'à :

- la date du jour de la reprise d'activité ;
- la date à laquelle le membre participant est reconnu apte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même à temps partiel (y compris à temps partiel thérapeutique), et ce par le Conseil médical ou tout autre organe consultatif, ou par la Mutuelle suite à un contrôle médical ;
- la date de fin de l'indemnisation par l'employeur ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- la date de fin de droits au congé de longue maladie ou congé de grave maladie ;
- la date de placement en congé longue durée ;
- la date de la liquidation d'une pension d'invalidité ;
- la date de liquidation de la pension de retraite ;
- la date du décès de l'agent ;

Article 6.9. Terme de la garantie

La garantie prend fin à :

- la date du décès de l'agent ;
- la date de résiliation de son adhésion ou la date de résiliation du présent contrat ;
- la date de résiliation pour non-paiement des cotisations.

Article 7. Garantie invalidité non professionnelle

Article 7.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une rente au membre participant n'ayant pas été admis à la retraite et qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée.

La garantie permet de compenser partiellement la perte de rémunération liée à l'invalidité du membre participant.

Le contrat prévoit le versement de prestations complémentaires :

- Dans le cadre du dispositif transitoire d'invalidité des fonctionnaires prévu par l'article 5 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 :
 - o au fonctionnaire radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,

- au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé (DPRS) en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle ;
- Dans le cadre du dispositif cible d'invalidité des fonctionnaires prévu par l'article 18.2 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023 (dispositif se substituant au dispositif transitoire), soit à compter de l'entrée en vigueur du nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité prévu à l'article 5 de l'accord interministériel précité :
 - au fonctionnaire justifiant d'un classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité ;
- dès l'entrée en vigueur du présent contrat, à l'agent contractuel qui justifie d'un classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité visées à l'article L.314-4 du Code de la Sécurité sociale.

Article 7.2. Montant de la prestation invalidité

- Pour les fonctionnaires avant la date d'entrée en vigueur du nouveau régime d'invalidité (dispositif transitoire d'invalidité) :

Pour les fonctionnaires radiés des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle, ainsi que les fonctionnaires placés en disponibilité pour raison de santé (DPRS) pour invalidité d'origine non professionnelle, avant la prise d'effet du nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité, la Mutuelle garantit au membre participant le versement d'une prestation complémentaire portant l'ensemble de leurs revenus à 80% de l'assiette de rémunération, hors majoration pour tierce personne.

- Pour les agents contractuels, dès l'entrée en vigueur du présent contrat, et les fonctionnaires, à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'invalidité (dispositif cible d'invalidité) :

La Mutuelle garantit au membre participant le versement de prestations complémentaires lui permettant de percevoir :

- 50 % de l'assiette de rémunération, telle que définie à l'article 7.3, pour une invalidité de 1^{ère} catégorie ;
- 80 % de cette assiette de rémunération, telle que définie à l'article 7.3 pour une invalidité de 2^e catégorie ;
- 80 % de cette assiette de rémunération, telle que définie à l'article 7.3 pour une invalidité de 3^e catégorie, hors majoration de 40% pour tierce personne.

Ces prestations s'entendent sous déduction des prestations versées par l'organisme public au titre de ses obligations statutaires et/ ou des prestations versées par le régime de Sécurité sociale et éventuellement tout autre organisme complémentaire, brutes de prélèvements sociaux.

Article 7.3. Assiette de la prestation

L'assiette de rémunération pour la garantie Invalidité non professionnelle est identique à celle définie pour la garantie Incapacité de travail, à l'article 6.3 de la présente notice d'information.

La rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes mensuelles de l'activité professionnelle des trois mois précédant l'arrêt de travail.

Article 7.4. Fait générateur et début de prise en charge

7.4.1. Fait générateur

Le fait générateur correspond à la date d'effet de reconnaissance de l'invalidité ou à la date du jour de placement en disponibilité pour raison de santé.

7.4.2. Début de prise en charge

La rente est servie soit à compter du jour de placement en disponibilité pour raison de santé, soit à compter de la date de mise à la retraite pour invalidité, soit à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou du versement par l'employeur de la rente d'invalidité dans le cadre du dispositif cible d'invalidité.

Article 7.5. Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent régime ne peuvent, en s'ajoutant aux sommes versées par l'employeur et la Sécurité Sociale, ou par tout autre organisme, permettre au membre participant de percevoir des sommes supérieures à 100% de la rémunération nette moyenne, prise en compte dans la rémunération de référence, avant impôt et avant l'invalidité.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la Mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 7.6. Modalités de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées mensuellement à terme échu dans un délai maximum de 7 jours ouvrés, hors délais bancaires.

7.6.1. Obligations du membre participant

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit déclarer le sinistre via son Espace personnel.

Le membre participant s'engage, lors de l'ouverture de ses droits à prestations, à rembourser toutes prestations indûment perçues.

7.6.2. Pièces à fournir

Afin de permettre l'instruction du dossier, le membre participant fournit les pièces justificatives suivantes :

- le formulaire d'invalidité complété, daté et signé par le membre participant ;
- la copie du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- la copie de l'intégralité du titre de pension ;
- la copie intégrale de la notification du montant de pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 de la Caisse Prime d'Assurance Maladie ou le justificatif de disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- les copies des justificatifs de revenus depuis la date d'effet de l'invalidité en cas d'exercice d'une activité professionnelle pendant l'invalidité (bulletins de paie ou justificatifs de revenus liés à une activité entrepreneuriale) ;
- la copie du justificatif d'un contrat prévoyance autre que le présent contrat lié à l'invalidité ;
- la copie des bulletins de paie des 3 mois précédant l'invalidité.

Sur demande de la Mutuelle, le membre participant doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- le formulaire de renouvellement ;
- la copie intégrale d'un bulletin de pension mensuel ou la copie de l'attestation de paiement mensuel ;
- la copie de la déclaration de revenus ;
- la copie de l'avis d'imposition ;
- la copie des bulletins de paie en cas d'activité salariée exercée sur l'année ;
- les copies des justificatifs de revenus en cas d'exercice d'une activité professionnelle pendant l'invalidité (bulletins de paie ou justificatifs de revenus liés à une activité entrepreneuriale) ;
- la copie des justificatifs d'un contrat prévoyance autre que le présent contrat lié à l'invalidité ;
- la copie du relevé d'identité bancaire.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Article 7.7. Revalorisation de la prestation

La prestation est revalorisée annuellement au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique, dans la limite de 80% du taux de rendement comptable de l'Actif Général des Coassureurs, pondérés par leur quotepart respective, net du taux technique Non-Vie.

La rémunération de référence n'est pas revalorisée.

En cas de résiliation du contrat relatif aux garanties socle, toutes les prestations issues des sinistres survenus pendant la période d'exécution dudit seront revalorisées dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Article 7.8. Cessation du versement de la prestation

Le versement de la prestation prend fin le 1^{er} jour du mois suivant l'un des évènements suivants :

- pour les fonctionnaires, avant l'entrée en vigueur du futur régime statutaire de reconnaissance de l'invalidité : à l'âge de 62 ans selon l'article 5 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 ;
- liquidation des droits à la pension de retraite du régime de la fonction publique de l'Etat ;
- cessation du versement de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ;
- cessation du versement de la prestation d'invalidité par l'employeur, dans le cadre du dispositif cible d'invalidité.

Article 7.9. Terme de la garantie

- La garantie prend fin :
- en cas de résiliation de l'adhésion par le membre participant ou de résiliation du présent Contrat ;
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations ;
- en cas de décès de l'adhérent.

Article 8. Garantie Décès

Article 8.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement, en cas de décès du membre participant pendant la durée de l'adhésion, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires selon les modalités définies ci-après.

Article 8.2. Montant du capital décès

Le montant du capital Décès est égal :

- *Pour les fonctionnaires* : au montant du capital décès défini aux articles 12 et 14 du décret n° 2024-555 du 17 juin 2024, à savoir la rémunération brute, telle que définie à l'article L. 712-1 du code général de la fonction publique, du fonctionnaire décédé au cours des douze derniers mois. Ce montant est au moins égal à quatre fois le montant mentionné à l'article D. 361-1 du code de la sécurité sociale. Le traitement à prendre en considération est celui afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire le jour de son décès.
- *Pour les agents contractuels* : au montant des douze derniers mois de rémunération brute de l'intéressé versée par l'Employeur.

Lorsque le fonctionnaire ou l'agent contractuel décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un an le jour de son décès, la rémunération de référence servant au calcul des montants mentionnés ci-dessus correspond à la rémunération à laquelle aurait eu droit le fonctionnaire ou l'agent s'il avait accompli un an de services.

Article 8.3. Bénéficiaires du capital décès

Le membre participant peut désigner le(s) bénéficiaire(s) sur son espace personnel.

Cette désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique

À défaut de désignation expresse, en cas de renonciation ou de décès de tous les bénéficiaires désignés antérieur à celui du membre participant, les prestations sont versées par ordre de priorité suivant :

- Au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, ou partenaire de PACS, ou concubin notoire du membre participant ;
- A défaut, et par parts égales, aux enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés ;

- A défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1^{er} degré du membre participant, et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant ;
- À défaut, et par parts égales, aux héritiers du membre participant.

Le ou les bénéficiaire(s) ayant fait l'objet d'une condamnation pénale en raison de l'homicide volontaire du membre participant, sont déchus de leurs droits sur le capital.

Article 8.4. Acceptation de bénéficiaire

L'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues ci-dessous, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales mentionnées ci-après.

La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation du bénéficiaire désigné par le membre participant doit être effectuée sous la forme d'un avenant signé de la Mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire acceptant. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur que si elle a été notifiée par écrit à la Mutuelle.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente (30) jours au moins à compter du moment où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

Article 8.5. Pièces à fournir pour le règlement du capital décès

En cas de décès du membre participant, les prestations sont versées sur production des pièces et justificatifs suivantes :

- acte de décès ;
- justificatifs de la rémunération annuelle précédant le décès ;
- justificatifs de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires ; le cas échéant, toute pièce justifiant soit le lien conjugal, soit le concubinage (déclaration sur l'honneur des concubins et de 2 témoins, justificatifs de domicile communs) soit le Pacs (copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, extrait d'acte de naissance mentionnant le Pacs) soit la qualité d'enfant ou d'héritier ;
- toutes autres pièces ou justificatifs mentionnés sur le formulaire de demande de capital.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

Article 8.6. Règlement du capital décès

La Mutuelle dispose d'un délai de quinze (15) jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du ou des bénéficiaire(s), pour demander aux bénéficiaires du capital de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

A réception de ces pièces, la Mutuelle verse dans un délai qui ne peut excéder 7 jours ouvrés (hors délais bancaires), les capitaux garantis aux bénéficiaires.

Au-delà du délai prévu à l'alinéa précédent, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si, au-delà du délai de quinze (15) jours mentionnés au premier alinéa, la Mutuelle a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

En outre, conformément à l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès du membre participant, le capital décès garanti au(x) bénéficiaire(s) produit de plein droit intérêt, net de frais, à compter de la date de connaissance du décès par la Mutuelle, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français, calculé au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

La Mutuelle revalorise le capital garanti dans les conditions précitées jusqu'à :

- la réception des pièces nécessaires à son paiement conformément à l'article L.223-22-1 du Code de la mutualité,
- ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 dudit Code.

Le capital décès est versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant.

Lorsque le bénéficiaire de la prestation est mineur, celle-ci est versée sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

Article 8.7. Risques exclus

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la Mutuelle les conséquences :

- du suicide ou d'un fait intentionnel du membre participant dans la première année d'assurance,
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

IV. GARANTIES ADDITIONNELLES

Le présent régime ouvre la possibilité aux agents actifs, retraités et leur ayant droit d'adhérer aux garanties additionnelles (Options), dans les conditions définies à l'article 3 de la présente Notice d'information.

L'adhésion aux garanties additionnelles est entièrement à la charge des membres participants, elle n'est pas éligible à la participation financière du Souscripteur.

Article 9. Option A - Incapacité de travail

Article 9.1. Objet de la garantie

L'Option A a pour objet la couverture du membre participant actif, en cas de survenance, en cours d'adhésion au contrat collectif relatif aux garanties additionnelles, d'une incapacité de travail dans le cadre :

- d'un congé maladie ordinaire (CMO) tel que prévu à l'article L. 822-1 du Code général de la fonction publique et à l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat ;
- ou d'un congé longue durée (CLD) tel que prévu à l'article L. 822-12 du Code général de la fonction publique.

Le jour de carence n'est pas pris en charge.

Pour les agents contractuels de droit privé, est considéré comme étant en Incapacité de travail, le membre participant se trouvant temporairement dans l'incapacité, à la suite d'un accident ou d'une maladie, d'exercer l'emploi qu'il occupait au moment du sinistre et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie y compris dans le cadre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Est aussi considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, le membre participant qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale :

- soit parce que du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période de référence, les conditions exigées par la Sécurité Sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,
- soit parce que les droits conformément aux dispositions de l'article L.323-1 du Code de la Sécurité Sociale sont épuisés.

Article 9.2. Montant de la prestation

L'Option A prévoit :

- le maintien de 80% de la rémunération globale des personnels fonctionnaires et contractuels de droit public, pendant la durée du congé de maladie ordinaire pendant la période à demi-traitement ou sans traitement ;
- le maintien de 80% de la rémunération globale des agents contractuels de droit privé, à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- le maintien de 80% de la rémunération globale des fonctionnaires, en congé de longue durée, les quatrième et cinquième années.

Ces prestations s'entendent sous déduction des prestations versées par l'organisme public au titre de ses obligations statutaires et/ ou des prestations versées par le régime de Sécurité sociale et éventuellement tout autre organisme complémentaire, brutes de prélèvements sociaux.

Article 9.3. Assiette de rémunération

Pour les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public, l'assiette de rémunération pour la garantie Option A est identique à celle définie pour la garantie « socle » Incapacité de travail, telle que définie à l'article 6.3 de la présente notice d'information.

Pour les agents contractuels de droit privé, l'assiette de la rémunération pour la garantie additionnelle Incapacité de travail est le salaire brut de l'agent.

Pour les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public et de droit privé, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes mensuelles de l'activité professionnelle des trois mois précédant l'arrêt de travail. La rémunération de référence d'un membre participant n'ayant pas accompli dans la fonction qu'il occupe le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul est déterminé en fonction d'un assiette reconstituée *prorata temporis*.

Article 9.4. Fait générateur et début de la prise en charge

9.4.1. Fait générateur

Le fait générateur correspond au premier (1^{er}) jour de l'arrêt de travail de l'agent.

Un arrêt de travail ne peut être considéré comme un nouveau fait générateur que s'il est consécutif à une reprise d'activité de 30 jours minimum. A défaut, le fait générateur reste inchangé.

9.4.2. Début de prise en charge

Le versement de la prestation débute :

- En cas de congé maladie ordinaire (CMO), pour les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public : à compter du jour où l'agent ne perçoit plus la totalité de sa rémunération ;
- En cas d'arrêt maladie, pour les agents contractuels de droit privé : à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- En cas de congé longue durée (CLD) des fonctionnaires : à compter de la 4^{ème} année d'arrêt de travail continu ou discontinu.

Article 9.5. Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent régime ne peuvent, en s'ajoutant aux sommes versées par l'employeur et par la Sécurité Sociale, ou par tout autre organisme, permettre au membre participant de percevoir des sommes supérieures à 100% de la rémunération nette moyenne, prise en compte dans la rémunération de référence, avant impôt et avant arrêt de travail.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la Mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 9.6. Modalités de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 7 jours ouvrés, hors délais bancaires.

9.6.1. Obligations du membre participant

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit déclarer le sinistre via son Espace personnel.

Le membre participant s'engage, lors de l'ouverture de ses droits à prestations, à rembourser toutes prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la requalification de son congé de maladie.

9.6.2. Pièces à fournir

Afin de permettre l'instruction du dossier, le membre participant fournit les pièces justificatives suivantes :

- Formulaire de demande de prestations complété, daté et signé par le membre participant ;
- Arrêtés de congés mentionnant pour chaque période de congés le mode de rémunération : plein traitement, maintien partiel du traitement (ex. 50%), sans traitement ;
- Copie des trois bulletins de paie précédant l'arrêt de travail ;
- Décomptes d'indemnités journalières de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels ;

- Copie du Relevé d'Identité Bancaire.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, le membre participant doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- La copie de l'arrêté de prolongation ou de maintien de congés maladie mentionnant le mode de rémunération ;
- Les décomptes d'indemnités journalières de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Article 9.7. Revalorisation de la prestation

La prestation est revalorisée annuellement au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique, dans la limite de 80% du taux de rendement comptable de l'Actif Général des Coassureurs, pondérés par leur quote-part respective, net du taux technique Non-Vie.

En cas de résiliation du contrat collectif relatif aux garanties additionnelles, toutes les prestations issues des sinistres survenus pendant la période d'exécution dudit contrat seront revalorisées dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Article 9.8. Cessation des prestations incapacité

L'indemnisation au titre de la garantie Option A se poursuit, tant que dure le congé maladie du membre participant, et au plus tard jusqu'à :

- la date du jour de la reprise d'activité, même à temps partiel ;
- la date à laquelle le membre participant est reconnu apte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, et ce par le Conseil médical ou tout autre organe consultatif, ou par la Mutuelle suite à un contrôle médical ;
- la date de fin de l'indemnisation par l'employeur ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- la date de fin de droits au congé maladie ordinaire ou congé de longue durée ;
- la date de la liquidation d'une pension d'invalidité ;
- la date de liquidation de la pension de retraite ;
- la date du décès de l'agent.

Article 9.9. Terme de la garantie

La garantie prend fin :

- à la date du décès de l'agent ;
- à la date de résiliation par le membre participant de son adhésion ou à la date de résiliation du présent Contrat ;
- la date de résiliation pour non-paiement des cotisations.

Article 10. Option B – Frais d'obsèques

Article 10.1. Objet de la garantie

La garantie Frais d'obsèques a pour objet de garantir le versement d'une allocation destinée au financement des frais d'obsèques en cas de décès du membre participant ou de son conjoint pendant la durée de l'adhésion.

L'allocation est versée dans la limite des frais exposés, à la ou les personnes qui a assumé le paiement des frais d'obsèques sur présentation des pièces justificatives.

Les conditions d'adhésion pour les agents actifs, retraités et ayants droit, sont précisées à l'article 3 de la présente notice d'information.

Article 10.2. Montant de l'allocation frais d'obsèques

Le montant de l'allocation Frais d'obsèques est indiqué en annexe de la présente notice d'information.

Il est exprimé en fonction du montant du Plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès.

Article 10.3. Prise d'effet de la garantie

Un délai d'attente de douze (12) mois est appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'accident.

Article 10.4. Versement de la prestation

Les demandes de prestations doivent parvenir à la Mutuelle accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- Un extrait d'acte de décès ;
- Une facture nominative acquittée des frais d'obsèques ;
- Une copie de la pièce d'identité du bénéficiaire ;
- Un relevé d'identité bancaire.

Le ou les bénéficiaire(s) ayant fait l'objet d'une condamnation pénale en raison de l'homicide volontaire du membre participant, sont déchus de leurs droits sur la prestation.

Article 10.5. Exclusions

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la Mutuelle les conséquences :

- **du suicide ou d'un fait intentionnel de l'assuré dans la première année d'assurance,**
- **des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.**

Article 11. Option C – Perte d'autonomie

Article 11.1. Objet de la garantie

La garantie Perte d'autonomie a pour objet le versement au membre participant actif ou retraité, ou à son conjoint, d'un « capital premiers frais » et d'une rente en cas de dépendance totale (GIR 1 ou 2) ou partielle (GIR 3 ou 4).

Le « capital premier frais » est versé sous forme d'un montant forfaitaire pour permettre de couvrir les premières dépenses.

Article 11.2. Définition de l'état de dépendance

11.2.1. Définition de la dépendance totale

Le membre participant ou son conjoint est considéré en état de dépendance totale lorsque son état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) et classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources décrite en annexe I et II du décret n°2008-821 du 21 août 2008) en vigueur.

L'état de dépendance totale est apprécié à partir des groupes iso-ressources (GIR) ci-après :

Le groupe GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe GIR 2 correspond aux personnes confinées au lit ou en fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.

11.2.2. Définition de la dépendance partielle

Le membre participant ou son conjoint est considéré en état de dépendance partielle lorsque son état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) et classé dans l'un des Groupes Iso-Ressource 3 ou 4 en application de la grille AGGIR (décrite en annexe I et II du décret n° 2008-821 du 21 août 2008) en vigueur.

L'état de dépendance partielle est apprécié à partir du Groupe Iso-Ressource (GIR) ci-après :

Le groupe GIR 3 correspond aux personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Le groupe GIR 4 comprend deux sous-groupes :

- soit une personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, mais qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage ;
- soit une personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

Les conditions d'adhésion pour les agents actifs, retraités et leurs conjoints, sont précisées à l'article 3 de la présente notice d'information.

Article 11.3. Prise d'effet de la garantie

Un délai d'attente de douze (12) mois est appliqué à compter de la date d'adhésion pour toute perte d'autonomie consécutive à une maladie. Ce délai est porté à 36 mois dans le cas de pathologies neurodégénératives.

Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas de perte d'autonomie consécutive à un accident.

Tout état de dépendance classé en GIR 1, GIR 2, GIR 3 ou GIR 4 qui survient pendant le délai d'attente entraîne la résiliation de l'adhésion de plein droit sans remboursement des cotisations et ne donnera lieu à aucune indemnisation.

La date du classement en GIR 1, 2, 3 ou 4 dans le cadre de l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) constitue le fait générateur de la rente de dépendance totale ou partielle. Si le membre participant ou son conjoint n'est pas éligible à l'APA, en raison de son âge ou de son lieu de résidence, le classement en GIR par assimilation est constaté par le Médecin-conseil de la Mutuelle.

Article 11.4. Montant de la prestation

Le montant des prestations est indiqué en annexe de la présente notice d'information.

Article 11.5. Versement de la prestation

La demande de prestation doit parvenir à la Mutuelle accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- L'attestation APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) mentionnant le classement GIR évalué
- Un relevé d'identité bancaire
- En cas de dépendance consécutive à un accident survenu pendant le délai d'attente : tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec l'état de dépendance.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Le montant du « capital premier frais » est versé en une seule fois le 1er jour du mois qui suit le classement en GIR 1, 2, 3 ou 4.

Puis, une rente mensuelle est versée au membre participant ou à son ayant droit, après application d'un délai de franchise de 90 jours.

L'attribution de la rente mensuelle se renouvelle annuellement, après réception du certificat de vie et de la confirmation du classement GIR, à date anniversaire de la survenance.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés, hors délais bancaires.

Les prestations sont versées aussi longtemps que le membre participant ou son conjoint est vivant et reconnu en état de dépendance totale ou partielle. La date de révision du classement en GIR est fixée par le Médecin conseil de la Mutuelle pour les assurés qui ne sont pas éligibles à l'APA.

L'assuré bénéficiaire de la rente doit informer la Mutuelle de sa propre initiative de tout changement concernant son classement en GIR. L'assuré devra fournir à la date anniversaire du classement en GIR, un certificat médical précisant son état civil et son état de dépendance. Pour les personnes classées en GIR 1, 2, 3 ou 4 par le Médecin-conseil, un document vérifiant l'attribution de l'APA sera sollicité à leur 60ème anniversaire.

À défaut de justificatifs, le paiement de la rente sera suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

Article 11.6. Risques exclus

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la Mutuelle les risques résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une dépendance,
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères,
- directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atome,
- de la pratique de sports aériens,
- d'actes de terrorisme ou de sabotage, d'émeutes ou mouvements populaires, de rixes (sauf en cas de légitime défense), de crimes et de délits, lorsque l'assuré y a pris une part active,
- de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale,
- d'une altération de l'état de santé liée à l'alcool, reconnue médicalement,
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le code de la route.

Article 11.7. Revalorisation des prestations

La prestation (rente mensuelle) est revalorisée annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 80% du taux de rendement comptable de l'Actif Général des Coassureurs, pondérés par leur quotepart respective, net du taux technique Non-Vie.

Article 11.8. Cessation des prestations

Le versement des prestations Perte d'autonomie cesse :

- en cas de changement de GIR (passage à un GIR non couvert) ;
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par le membre participant ;
- en cas de décès du membre participant.

V. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Article 12. Changement de situation en cours de garantie

Le membre participant est tenu d'informer, sans délai, la Mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir une incidence sur le bénéfice des garanties.

Le membre participant devra produire à cet effet toutes pièces justificatives.

Article 13. Déclaration des sinistres

Toute déclaration de sinistre doit être adressée depuis l'espace personnel du membre participant ou à l'adresse suivante :

MGEN
FONCTION PUBLIQUE D'ETAT
TSA 41519
53106 MAYENNE CEDEX

Pour être recevable, la demande de prestations doit contenir le formulaire de demande, les justificatifs indiqués sur le formulaire ainsi que toute pièce utile à l'appui de la demande.

Les documents à caractère médical doivent être adressés depuis l'espace personnel du membre participant (espace sécurisé) ou sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

Cellule médicale
Prise en charge et prestations
TSA 21526
53106 MAYENNE CEDEX

Article 14. Contrôle médical

La Mutuelle peut à tout moment :

- faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'elle jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations ;
- effectuer elle-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'elle estime utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si le bénéficiaire refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de la Mutuelle et le médecin traitant du bénéficiaire.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des deux médecins, par le président du tribunal compétent du domicile du bénéficiaire.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin expert choisi par la Mutuelle pour la représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait une décision prise à l'encontre de la situation du bénéficiaire, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à sa charge.

Article 15. Maintien des garanties en cas de résiliation ou de non-renouvellement

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du ou des contrats collectifs (y compris du marché au titre duquel lesdits contrats ont été conclus), le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant leur exécution se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le ou les contrats.

Ainsi, les prestations en cours de service à la date de résiliation seront revalorisées après la résiliation du marché sans majoration tarifaire, en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 80% du taux de rendement comptable de l'Actif Général des Coassureurs, pondérés par leur quotepart respective, net du taux technique Non-Vie.

Les prestations du régime de prévoyance complémentaire liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité des contrats collectifs d'assurance ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure desdits contrats.

La Mutuelle a l'obligation de constituer des provisions pour maintenir ces prestations.

Article 16. Maintien des garanties décès en cas d'arrêt de travail

Les garanties décès sont maintenues en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du présent régime sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès pendant une période d'incapacité de travail ou d'invalidité prise en charge au titre présent contrat.

Les prestations décès des agents en arrêt de travail seront versées au niveau de point atteint au moment du décès, basée sur l'évolution de l'Indice de la Fonction Publique, plafonné à 80 % du taux de rendement comptable de l'Actif Général de MGEN/MUTEX, pondérés par leur quotepart respective, net du taux technique Non-Vie.

Article 17. Participation aux bénéfices

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place. Les garanties Socle ainsi que l'Option A sont concernées par ce mécanisme.

Dans le cadre de la participation aux bénéfices, une Provision d'Égalisation et une Réserve Générale sont mises en place et alimentées de la manière suivante :

- Lorsque le Solde Global est créditeur, 80 % du Solde Global est distribué :
 - 75 % du Solde Technique créditeur est affecté à la Provision d'Égalisation, sans pouvoir excéder la dotation maximale prévue par la loi ;
 - Le reliquat est affecté à la Réserve Générale ;
- Lorsque le Solde Global est débiteur :
 - 100 % du solde global débiteur est apuré par la Réserve Générale existante au 31 décembre de l'exercice précédent dans la limite de son montant.

Le reliquat éventuel non compensé constitue le report de perte non amortie porté au débit du Solde Global de l'exercice suivant.

Les soldes créditeurs du solde global, de la provision d'égalisation et de la réserve générale généreront des produits financiers égaux à 80 % du taux de rendement de l'Actif Général des Organismes Assureurs.

VI. RESILIATION ET CESSATION DES GARANTIES

Article 18. Résiliation de l'adhésion aux garanties « Socle »

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, pour les opérations collectives à adhésion facultative, le membre participant peut résilier son adhésion au contrat tous les ans en adressant une notification selon l'une des modalités prévues à l'article 21 ci-dessous, à la Mutuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance de l'adhésion au contrat.

Si le membre participant ne remplit plus les conditions pour être actif au contrat, la résiliation prend effet au jour de la perte de son statut d'actif. En cas de prestation incapacité ou invalidité en cours, la prestation continue à être versée.

La résiliation de l'adhésion du membre participant aux garanties du socle interministériel peut également être effectuée à l'initiative de la Mutuelle, en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'article 27 de la présente notice d'information.

La résiliation des garanties complémentaires « Socle » entraîne la résiliation systématique des garanties additionnelles.

Article 19. Résiliation de l'adhésion aux garanties additionnelles

Article 19.1. Résiliation de l'option A (Incapacité de travail)

L'adhésion à cette option est ouverte uniquement aux agents actifs ayant adhéré aux garanties complémentaires « Socle ».

L'adhésion du membre participant à l'Option A est valable jusqu'au 31 décembre qui suit sa date d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation de la garantie dans les conditions prévues par la présente notice d'information.

La résiliation de l'option peut intervenir de plusieurs manières :

- A l'initiative du membre participant (agent actif) La résiliation prend effet à la date d'échéance annuelle, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois.
La demande de résiliation doit être effectuée par selon l'une des modalités prévues à l'article 21 ci-dessous.
- S'il ne remplit plus les conditions pour être actif au contrat : la résiliation de l'agent prend effet au jour de la perte de son statut d'actif. En cas de prestation incapacité ou invalidité en cours, la prestation continue à être versée.
- La résiliation des garanties complémentaires « Socle » par l'agent actif entraîne la résiliation systématique de l'option A qui prendra effet à la même date que la résiliation du socle.
- A l'initiative de la Mutuelle, en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'article 27.

A la suite de la résiliation de l'option A, l'agent actif ne peut demander une nouvelle adhésion à cette option qu'après un délai de 12 mois à compter de la résiliation. Il se voit alors appliquer les mêmes conditions que pour une nouvelle adhésion.

Article 19.2. Résiliation des options B et C (Frais d'obsèques et Dépendance)

L'adhésion aux options B et C est valable jusqu'au 31 décembre qui suit la date d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation de la garantie dans les conditions prévues par la présente notice d'information.

Les membres participants peuvent résilier les options B et C, pour eux-mêmes ou pour leur conjoint, selon les modalités suivantes :

- A l'initiative du membre participant. La résiliation prend effet à la date d'échéance annuelle, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois. La demande de résiliation peut être effectuée selon l'une des modalités prévues à l'article 21 ci-dessous.
- Si le membre participant ou son ayant droit ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires du contrat : la résiliation prend effet au jour de la perte de leur qualité de bénéficiaires.
- A l'initiative de la Mutuelle, en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'article 27.
- La résiliation des garanties complémentaires « Socle » par l'agent actif entraîne la résiliation systématique des options B et/ou C à son profit et au profit de son ayant droit. La résiliation prendra effet à la même date que la résiliation du socle.
- La résiliation des options B et/ou C par le membre participant entraîne la résiliation systématique des options B et/ou C au profit de son ayant droit.

Si l'agent actif ou le retraité résilie une option pour lui-même ou son ayant droit, il ne peut demander une nouvelle adhésion à cette option pour lui-même ou son ayant droit qu'après un délai de 12 mois à compter de la résiliation. Il se voit alors appliquer les mêmes conditions d'adhésion que pour une nouvelle adhésion.

Article 20. Résiliation à la suite d'une évolution du contrat

Le membre participant peut également résilier son adhésion lorsque des modifications significatives apportées au contrat changent ses droits et obligations. Conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, il dispose d'un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information pour demander la résiliation.

Article 21. Modalités

La demande de résiliation est notifiée à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque la Mutuelle propose la souscription par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle atteste par écrit de la réception de la notification.

La résiliation entraîne la cessation des garanties à la date d'effet de la résiliation.

Article 22. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le membre participant ou son ayant droit ne remplit plus les conditions pour bénéficier du présent contrat ;
- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion du membre participant, dans les conditions définies au présent Chapitre ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 27 de la présente notice ;
- à la date du décès du membre participant ;
- et en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur ou la Mutuelle, sous réserve des dispositions afférentes au maintien de la garantie décès prévu à la présente notice.

VII. COTISATIONS

Article 23. Assiette de cotisations

Pour l'ensemble des garanties du socle interministériel et de l'option A, l'assiette de cotisations est constituée de l'ensemble des éléments de rémunération brute de l'agent.

Les taux/montants de cotisations sont fixés en Annexe 2 à la présente notice d'information.

Article 24. Cotisations des options Frais d'obsèques et Perte d'autonomie

Les cotisations des options B sont exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) et les cotisations de l'option C sont exprimées en euros TTC. Elles sont déterminées en fonction de l'âge à l'adhésion.

Elles sont définies en annexe de la présente notice.

Le membre participant est exonéré du paiement des cotisations à la garantie Perte d'autonomie en cas de survenance du sinistre (dépendance totale ou partielle) pour lui-même ou son ayant droit.

Article 25. Paiement des cotisations

Les cotisations dues au titre de l'adhésion aux garanties complémentaires « Socle » et aux garanties additionnelles sont réglées directement à la Mutuelle par prélèvement mensuel ou annuel sur le compte bancaire du membre participant.

La participation financière de l'employeur à l'adhésion aux garanties complémentaires « Socle » est versée aux agents par l'employeur.

Un échéancier de cotisations détaillant les prélèvements est émis pour chaque membre participant :

- à l'adhésion ;
- en cas d'avenant au contrat (ajout / retrait d'option) ;
- à l'échéance annuelle pour l'année suivante.

Article 26. Evolution des cotisations

Pendant la période de maintien de taux, les cotisations pourront être révisées uniquement en cas d'évolution réglementaire entraînant une modification des engagements des Coassureurs.

Au-delà de la période de maintien de taux, les cotisations pourront être révisées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution des résultats annuels des contrats collectifs d'assurance, pour tenir compte de l'évolution de la charge des sinistres par rapport aux cotisations encaissées et des évolutions réglementaires éventuelles, après avis de la Commission Paritaire de Suivi et de Pilotage (CPPS).

Au-delà de la période de maintien de taux, les cotisations des garanties complémentaires Socle et des Options B et C pourront évoluer d'un pourcentage ne pouvant excéder 15% par an, hors évolutions légales, réglementaires ou des garanties.

Les bénéficiaires des contrats collectifs seront informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

Article 27. Défaut de paiement par le membre participant

Conformément à l'article L.221-8-II du Code de la mutualité, lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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 son exclusion des garanties définies par le présent contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le membre participant.

VIII. ASSISTANCE

Article 28. Assistance

En application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme assesseur, en vue de faire bénéficier les agents actifs adhérant au présent régime des prestations d'assistance définies dans la notice d'information rédigée par cet assesseur.

L'assureur des garanties d'assistance est RMA :

Ressources Mutuelles Assistance (RMA), Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin, CS 92443, 44120 VERTOU.

IX. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 29. Représentation des membres participants au sein de la Mutuelle

Les bénéficiaires du contrat collectif sont représentés à l'Assemblée générale de la Mutuelle dans les conditions définies par les Statuts de celle-ci.

Article 30. Subrogation de la Mutuelle

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée, jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des bénéficiaires victime d'une atteinte à la personne ou de ses ayants droit contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Article 31. Déchéance

Compte tenu de l'augmentation croissante des fraudes aux assurances, des dispositifs de contrôle ont été mis en place par la Mutuelle afin de repérer efficacement les tentatives d'escroquerie.

La Mutuelle effectue, préalablement ou postérieurement au versement des prestations, toute enquête qu'elle juge nécessaire et peut solliciter, dans un souci d'authentification auprès de ses adhérents, la communication de pièces justificatives, lesquelles seront sujettes à vérification.

Dans le cas d'une suspicion de document frauduleux, la Mutuelle se réserve la faculté, durant une période qui ne peut excéder quinze (15) jours, de suspendre ou d'interrompre le versement de la prestation afin d'effectuer les vérifications appropriées et/ou dans l'attente des justificatifs demandés auprès des divers intervenants : bénéficiaire(s), professionnel(s) de santé, interlocuteurs du Régime Obligatoire. La Mutuelle adressera, le cas échéant, un courrier de notification au bénéficiaire.

Si le bénéficiaire ne transmet pas les justificatifs sollicités dans le délai ci-dessus ou si où les éléments transmis ou utilisés se révélaient erronés, fabriqués et/ou falsifiés, la Mutuelle refusera ou annulera le paiement de la prestation.

Dans les cas visés au paragraphe supra, la Mutuelle notifie au bénéficiaire, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, la déchéance à indemnisation, et lui rappelle qu'elle a la possibilité d'engager des poursuites pénales à l'encontre de tout bénéficiaire auteur ou complice de fraude pour des faits d'escroquerie, de tentative d'escroquerie, de faux, d'usage de faux notamment.

Article 32. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Les conditions du contrat sont basées sur les déclarations transmises par le Souscripteur et les membres participants.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 33. Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 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 membre participant 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.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, 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, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun, visées par les articles 2240 et suivants du code civil, et que sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- La demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas suivants :

- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception (par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation).

La prescription est suspendue à compter du jour de la saisine du Médiateur (conformément à l'article 34 ci-après) par l'une des parties au contrat.

Le cours de la prescription est temporairement arrêté et recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le Médiateur déclarent que la médiation est terminée.

Article 34. Réclamation – Médiation

Le souscripteur ou les bénéficiaires du Contrat ou toute autre personne peuvent formuler une réclamation.

La réclamation peut être adressée :

- Par mail : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel ou depuis l'espace employeur pour le Souscripteur,
- Par courrier à l'adresse postale suivante : MGEN Fonction Publique d'Etat – TSA 41519 – 53106 MAYENNE CEDEX
- Par téléphone au 09 72 72 02 41 (pour les adhérents) et au 09 74 75 08 20 (pour les employeurs),
- En point d'accueil.

La Mutuelle répondra aux réclamations dans un délai maximum de cinq (5) jours ouvrés quelle que soit la modalité selon laquelle est exprimée la réclamation, sous réserve de dossier complet dès la réception de la réclamation et de non-recours à un tiers pour l'instruction.

A défaut de réponse dans le délai ci-dessus, la Mutuelle accusera réception dans un délai de cinq (5) jours ouvrés.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la Mutuelle et dans tous les cas en l'absence de réponse de cette dernière dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation, le membre participant peut saisir le Médiateur.

Des explications sur les modalités de saisine du médiateur sont disponibles via le site internet <http://www.mediation-mgen.fr/>

Comment saisir le médiateur ?

- Via le site CNPM : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>
- Par courrier :

CNPM Médiation Consommation
27, avenue de la libération
42 400 SAINT-CHAMOND

Article 35. Territorialité

Les garanties sont acquises aux membres participants et ayants droit exerçant leur activité sur le territoire français (France métropolitaine et DOM-COM) ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'une affectation à l'étranger.

Pour la garantie Perte d'autonomie, la reconnaissance de l'état de dépendance devra être réalisée dans un pays européen de l'Europe de l'Ouest et du nord suivants : France métropolitaine, Italie, Monaco, Andorre, Espagne, Portugal, UK, Irlande, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Danemark, Norvège, Suède, Finlande, Allemagne, Suisse, Autriche.

Article 36. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Les organismes co-assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 37. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (LCB-FT), gel des avoirs et prévention de la corruption

Les organismes co-assureurs doivent respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès du Souscripteur et des membres participants la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée.

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles les organismes co-assureurs sont assujettis.

La souscription, l'adhésion et l'application des garanties sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, le cas échéant.

Article 38. Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Les souscripteurs et les membres participants s'engagent, pendant toute la durée d'exécution du présent contrat :

- à respecter la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique dite « Loi Sapin 2 » et toute autre réglementation afférente à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence ;
- à ne pas participer à un acte ou tentative de corruption ou de trafic d'influence, mais également à ne pas participer à une action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption ou de trafic d'influence ;
- à procurer à la Mutuelle toute assistance nécessaire pour répondre à une demande relative à tout acte de corruption ou de trafic d'influence devant les juridictions compétentes.

Article 39. Protection des données personnelles

La Mutuelle en sa qualité de responsable du traitement met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droit.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de réaliser les opérations suivantes :

- Certaines basées sur l'exécution du contrat ou la réalisation de mesures précontractuelles : pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, pour réaliser des opérations en lien avec l'acceptation et la surveillance du risque, pour gérer la vie institutionnelle, pour gérer les contentieux et recours en lien avec le contrat du membre participant ;
- Certaines basées sur l'intérêt légitime de MGEN ou de l'Union Mutualiste de Groupe « Groupe VYV » : pour informer le membre participant, pour lui proposer des prestations et services analogues à ceux qui lui sont déjà fournis ou compris dans son offre (par communication électronique, courrier et téléphone), ou des prestations et services différents (par courrier et téléphone), pour personnaliser et améliorer les services fournis au membre participant (en enrichissant ses données avec celles de partenaires et en évaluant sa situation), pour piloter leurs activités, pour améliorer les processus et développer les offres de services, pour lutter contre la fraude, pour gérer la sécurité des services numériques. Sauf opposition, les données du membre participant pourront également être utilisées dans le cadre de profilage ;
- Certaines basées sur le respect d'une obligation légale ou réglementaire à laquelle la Mutuelle est soumise : notamment afin de se conformer à ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, la réalisation des déclarations obligatoires aux demandes des autorités et organismes publics, les réponses aux demandes des autorités judiciaires ou administratives habilitées, la gestion des contrats en déshérence ;
- Certaines basées sur le consentement du membre participant ou de ses ayants droit : pour proposer d'autres prestations et services enrichissant le parcours du membre participant (notamment en partageant s'il le souhaite, ses données aux partenaires de MGEN, et en évaluant sa situation).

Le traitement des données relatives à la santé par MGEN est réalisé conformément à l'article 9,2°b) du Règlement Général sur la Protection des Données (nécessaire aux fins d'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à MGEN ou aux membres participants ou ses ayants droit, en matière de droit à la protection sociale).

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

S'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant, la Mutuelle informera alors le membre participant ou ses ayants droit et, si nécessaire, leur demandera leur consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant ou ses ayants droit retirent leur consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, ils ne peuvent alors plus bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de leurs données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données les concernant. Ils disposent également du droit de décider du sort de leurs données après leur décès.

Pour l'exercice de ces droits, le membre participant et ses ayants droit peuvent envoyer une demande par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de services de la Verrière - Protection des données Gestion CNIL – CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex,

ou en écrivant au DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Un justificatif d'identité comportant la signature du membre participant pourra être demandé le cas échéant.

Les demandes peuvent également être faites depuis l'espace personnel du membre participant.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) s'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits ne sont pas respectés.

Ils peuvent enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Le membre participant peut consulter le site <https://www.mgen.fr> pour plus de détail sur les traitements de données réalisés.

ANNEXE 1 : TABLEAUX DE GARANTIES

Garantie interministérielle

Décès

Décès toutes causes

100% de la rémunération

La rémunération mentionnée ci-dessus est :

- pour les fonctionnaires, la rémunération ci-dessus est égale à la dernière rémunération brute annuelle du fonctionnaire décédé à l'article L. 712-1 du code général de la fonction publique. Le traitement à prendre en considération est celui afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire le jour de son décès.

- pour les contractuels, la rémunération correspond à la totalité des émoluments des 12 mois précédents la date du décès.

La prestation est servie, en complément des sommes versées par l'employeur et les régimes de Sécurité sociale.

Arrêt de travail

Le congé de longue maladie prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique

la première année

100% de la rémunération

la seconde année

80% de la rémunération

la troisième année

80% de la rémunération

Le congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986 susvisé

la première année

100% de la rémunération

la seconde année

80% de la rémunération

la troisième année

80% de la rémunération

Garanties pour les statutaires - sinistres survenus antérieurement à la mise en œuvre du nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité, au plus tard au 1er janvier 2027 : Invalidité d'origine non professionnelle

Tous taux d'invalidité

80% de la rémunération
la prestation est versée jusqu'au 62ème anniversaire

Garanties pour les statutaires - sinistres survenus à compter de la mise en œuvre du nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité, au plus tard au 1er janvier 2027 : Invalidité d'origine non professionnelle

1ère catégorie
2ème catégorie
3ème catégorie

50% de la rémunération
80% de la rémunération
80% de la rémunération + allocation tierce personne de 40%

versement jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite

Garanties pour les contractuels à compter du 1er octobre 2025 : Invalidité d'origine non professionnelle

1ère catégorie
2ème catégorie
3ème catégorie

50% de la rémunération
80% de la rémunération
80% de la rémunération + allocation tierce personne de 40%

versement jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite

La rémunération mentionnée ci-dessus est :

- pour les fonctionnaires, la rémunération est celle définie à l'article L. 822-8 du code général de la fonction publique et à l'article 3 du décret du 26 août 2010 susvisé ;

- pour les contractuels, la rémunération définie à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986 susvisé.

La prestation est servie, après déduction, le cas échéant, des sommes versées par l'employeur et les régimes de Sécurité sociale.

La couverture du jour de carence est exclue

		Garantie additionnelle
OPTION A - Arrêt de travail		
Congé de maladie ordinaire des fonctionnaires titulaires ou des contractuels	pendant la période à demi-traitement ou sans traitement	80% de la rémunération
Congé de longue durée du fonctionnaire	la quatrième année	80% de la rémunération
	la cinquième année	80% de la rémunération

La rémunération mentionnée ci-dessus est :

- pour les fonctionnaires, la rémunération est celle définie à l'article L. 822-8 du code général de la fonction publique et à l'article 3 du décret du 26 août 2010 susvisé ;
- pour les contractuels, la rémunération définie à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986 susvisé.

La prestation est servie, après déduction, le cas échéant, des sommes versées par l'employeur et les régimes de Sécurité sociale.

La couverture du jour de carence est exclue

		Garantie additionnelle
OPTION B - Frais d'obsèques		
Garantie frais d'obsèques		100% du PMSS

		Garantie additionnelle
OPTION C - Perte d'autonomie		
Capital 1er frais		1 000 €
Rente en cas de dépendance totale		500 € par mois
Rente en cas de dépendance partielle		330 € par mois

ANNEXE 2 : COTISATIONS

Cotisations des garanties « Socle »

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération de référence.

Garanties complémentaires « Socle »	Taux de cotisation TTC au 1 ^{er} octobre 2025	Taux de cotisation TTC à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'invalidité
Garantie décès en capital	0,476%	0,476%
Garantie Incapacité Congé de longue maladie / Congé de grave maladie	0,564%	0,564%
Garantie Invalidité du 1 ^{er} octobre 2025 à la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'invalidité	0,349%	
Garantie Invalidité à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'invalidité		0,376%
Total	1,389%	1,416%

Cotisations des garanties additionnelles :

Option A	Taux de cotisation TTC au 1 ^{er} octobre 2025
Congé de maladie ordinaire des fonctionnaires et contractuels	0,502%
Congé de longue durée du fonctionnaire	0,462%
Total	0,964%

	Option B Frais d'obsèques Taux de cotisation TTC mensuel en % du PMSS au 1 ^{er} octobre 2025	Option C Perte d'autonomie Cotisations TTC mensuelles exprimées en €
20 ans et moins	0,005%	0,96 €
De 21 ans à 25 ans	0,005%	0,96 €
De 26 ans à 30 ans	0,006%	0,96 €
De 31 ans à 35 ans	0,009%	0,96 €
De 36 ans à 40 ans	0,015%	1,16 €
De 41 ans à 45 ans	0,024%	1,62 €
De 46 ans à 50 ans	0,035%	2,18 €
De 51 ans à 55 ans	0,048%	2,73 €
De 56 ans à 60 ans	0,069%	3,85 €
De 61 ans à 65 ans	0,102%	7,67 €
De 66 ans à 70 ans	0,158%	17,27 €
De 71 ans à 75 ans	0,269%	38,74 €
De 76 ans à 80 ans	0,598%	85,23 €
Plus de 80 ans	1,235%	187,50 €



FR232343_01NWQV

MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399. Siège social : 3 square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15

MUTEX, société anonyme au capital de 37 302 300 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 529 219 040, dont le siège social est situé au 140 avenue de la république – 92320 Châtillon.