

mgen[★]

MGEN Fila
COMPLÉMENTER
PRÉVOYANCE



STATUTS & RÈGLEMENT MUTUALISTE

Applicables au 1^{er} janvier 2016

The logo for MGEN Fila, featuring the word "MGEN" in a large, bold, white sans-serif font above the word "Fila" in a smaller, white sans-serif font. The logo is positioned in the bottom-left corner of a large orange grid that occupies the top half of the page.

MGEN
Fila

4 Statuts

12 Règlement mutualiste Complémenter Prévoyance

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Filia a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 5 juillet 2001.

Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588.

MGEN Filia est agréée par l'arrêté du Ministre chargé de la mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Egalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
- de réaliser des opérations d'assistance aux personnes (branche 18),
- d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap.

Elle peut également mettre en œuvre une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Pour poursuivre ce même objectif, elle peut également conclure des conventions avec d'autres mutuelles ou unions afin de leur faire bénéficier d'une action sociale ou de l'accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Filia délègue, par convention, l'intégralité de sa gestion à MGEN.

MGEN Filia autorise MGEN à subdéléguer, en application de l'article L. 116-3 du Code de la mutualité, tout ou partie de la gestion des adhésions, cotisations et prestations des contrats collectifs qu'elle conclut.

➤ Chapitre 2 Conditions d'admission, de démission et de résiliation

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis aux articles 7 et 8.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents individuels

1 - Les membres participants de MGEN définis aux articles 7 à 11 et 17-1 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Filia. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants, tels que définis au 1 du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 1.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 ne leur sont pas applicables.

2 - Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1,
- bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2 du présent article, ainsi que leurs bénéficiaires, bénéficient à ce titre des prestations définies au règlement 2. Ils peuvent également bénéficier des prestations définies au règlement 3.

Les dispositions des présents statuts des articles 9 à 18 leur sont applicables.

2 bis - Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- avoir été bénéficiaire conjoint d'un membre participant MGEN,
- avoir démissionné de MGEN dans le cadre de l'adhésion à un dispositif conventionnel collectif extérieur au groupe MGEN,
- être bénéficiaire d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2 bis du présent article, bénéficient à ce titre des prestations définies au règlement 2. Ils peuvent également bénéficier des prestations définies au règlement 3.

Les dispositions des présents statuts de l'article 9 et des articles 13 à 18 leur sont applicables.

3 - Par dérogation aux 2 et 2bis du présent article, peuvent également adhérer à la mutuelle les fonctionnaires et agents, titulaires et non-titulaires, et les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, dans le cadre du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application qui organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

Les membres participants, tels que définis au 3 du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 4 et/ou au règlement 5.

MGEN Filia proposera ces règlements mutualistes 4 et 5 aux fonctionnaires et agents des départements et des régions et de leurs établissements publics rattachés, ainsi qu'aux fonctionnaires et agents territoriaux concourant au service public d'éducation.

4 - Sont également considérés comme membres participants les personnes ayant adhéré à l'offre Espace Bienvenue (règlement mutualiste 6) au plus tard le 31 décembre 2012.

5 - Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1,
- ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 5 du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 7.

Les dispositions des présents statuts des articles 9 à 18 leur sont applicables.

Article 8 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhèrent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :

- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivants au domicile,

des personnes physiques susmentionnées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

Article 9 - Adhésion

Peuvent acquérir à titre individuel la qualité de membre participant de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 7-2 ou 7-2 bis et 7-3 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion à la date où le dossier, complet et signé du candidat à l'adhésion, a été réceptionné par MGEN Filia.

L'adhésion du membre participant n'est recevable qu'à compter du premier janvier de l'année suivant son 18^e anniversaire.

Toutefois, à sa demande et sans l'intervention de son représentant légal, le mineur de plus de seize ans peut être membre participant de la mutuelle.

Article 10 - Bénéficiaires

I - Opérations individuelles

I-1 - Offre Efficience Santé

Un enfant est considéré comme « bénéficiaire » d'un membre participant, dès lors que la mutuelle a accepté la demande d'extension de la couverture familiale formulée par le membre participant.

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 18^e anniversaire sous la condition que ce bénéficiaire enfant soit ayant droit Sécurité sociale.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

I-2 - Offre Espace Bienvenu

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin vivant à son domicile et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire conjoint.

Le membre participant peut également étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire conjoint ou bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

2 - Opérations collectives

Le contrat collectif définit les bénéficiaires et les modalités d'extension de la couverture familiale à ceux-ci. En l'absence de dispositions spécifiques au sein dudit contrat, les dispositions prévues aux articles 10-1, 12 et 13 des présents statuts s'appliquent.

Article 11 - Mineurs de plus de seize ans

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Article 12 - Acquisition de la qualité de membre participant par le bénéficiaire enfant

Le bénéficiaire enfant devient membre participant au 1^{er} janvier de l'année suivant son 18^e anniversaire, dans les conditions applicables à tout membre participant.

Article 13 - Date d'effet de l'adhésion et de l'extension de la couverture familiale

L'adhésion à la mutuelle et l'extension de la couverture familiale aux bénéficiaires du membre participant prennent effet au 1^{er} jour :

- du mois de la demande,
- ou d'un mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de quatre mois à compter de la demande.

Section 2 - Démission et résiliation

Article 14 - Démission

I - Démission à effet du 1^{er} janvier

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

A défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

2 - Démission en cours d'année

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle.

La démission prend effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

Dans l'hypothèse où le membre participant met fin à son adhésion dans le cadre de la souscription d'un contrat groupe obligatoire, la démission prend effet à partir du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de démission, dès lors que cette demande intervient dans les trois mois suivant la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

Article 15 - Résiliation

I - Résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les mêmes modalités que la démission.

2 - Résiliation pour sortie du champ de recrutement

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, il sera mis fin à l'adhésion par la mutuelle.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du 2^e mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 16 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non-paiement des cotisations

I - Suspension

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

2 - Résiliation

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Article 17 - Réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Article 18 - Conséquences de la démission et de la résiliation

La démission et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 15-2 des présents statuts.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, sous réserve des dispositions relatives à la forclusion, prévues aux règlements mutualistes.

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section I - Composition et élection

Article 19 - Composition

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Une section de vote par département regroupe les membres participants dudit département. En outre, une section de vote est prévue pour les membres participants qui ne sont pas rattachés à une section de vote départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs ou le lieu de résidence pour les retraités est situé à l'étranger ou dans les territoires d'outre mer.

Article 20 - Élection des délégués

Les membres participants de chaque section de vote élisent pour deux ans un délégué titulaire et un délégué suppléant.

Les effectifs pris en compte par section de vote sont comptabilisés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Chaque délégué dispose dans les votes à l'assemblée générale, d'un nombre de voix calculé selon les modalités suivantes 1 000 voix par 1 000 ou fraction de 1 000 adhérents.

I - Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale sont recueillies au cours de la réunion du comité de section dont l'ordre du jour comporte la préparation des élections.

Peuvent être candidats :

- Les membres du comité de section ;
- Les détachés auprès de MGEN exerçant leur activité à la section.

Aucune candidature n'est recevable après cette réunion du comité de section.

2 - Modalités d'élections

Pour les sections départementales, cette élection a lieu en assemblée générale de section de vote dont la date est arrêtée par le comité de section dans le cadre des instructions du conseil d'administration.

Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Dans le cas où plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Les membres empêchés ont la possibilité de voter par correspondance avant l'assemblée générale de section de vote. Pour se faire, ils doivent retirer un bulletin de vote au siège de la section. Les votes par correspondance sont comptabilisés avec les votes émis en assemblée générale de section.

Les modalités pratiques concernant les élections des délégués sont précisées par les instructions du conseil d'administration.

Article 21 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat par décès ou démission d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 20.

En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 22 - Convocation et ordre du jour

I - L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

II - Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités de section, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 23 - Règles de quorum et de majorité

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 27, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2 - Pour les attributions autres que celles mentionnées au I du présent article, l'assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3 - Les décisions visées au 1 du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 24 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 23-1 et 23-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 25 - Compétences

L'assemblée générale élit les membres du conseil d'administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a) les modifications des statuts ;
- b) les activités exercées par la mutuelle ;
- c) le montant des droits d'entrée ;
- d) les montants ou taux de cotisations ;
- e) les prestations offertes ;
- f) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union ;
- g) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- h) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité ;
- i) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- j) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- k) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe ;
- l) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées ;
- m) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes ;
- n) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité ;

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 26 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

Article 27 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'une année.

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 28 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 15 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2nd tour).

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 29 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65^e anniversaire.

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

4 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 30 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation.

Section 2 - Réunions

Article 31 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 32 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 33 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 34 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions

Article 35 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- approuve annuellement un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle ;
- établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 36 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection, composition

Article 37 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 38 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres et se compose de la manière suivante :

- un président,
- un vice-président,
- un ou plusieurs vice-présidents délégués.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 39 - Président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

➤ Chapitre 4

Organisation des sections de la mutuelle

Article 40 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle, adhérents à titre individuel ou à titre collectif, sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote du lieu de leur domicile.

Article 41 - Correspondant départemental

Sous la responsabilité du conseil d'administration, un correspondant est désigné dans chaque département pour une durée de 1 an.

En cas de vacance de poste d'un correspondant et quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine réunion du conseil d'administration qui procèdera à la désignation du nouveau correspondant.

Le conseil d'administration peut déléguer annuellement partie de ses pouvoirs aux correspondants départementaux.

➤ Chapitre 5

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 42 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 1,
- les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 2,
- les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 4,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Article 43 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière

Article 44 - Modes de placement

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Article 45 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 23-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 46 - Marge de solvabilité

La marge de solvabilité dont doit disposer la mutuelle est constituée conformément à la réglementation en vigueur.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 47 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme, le cas échéant, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 255-219 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

Il est mis en place un comité d'audit dans les conditions définies à l'article 58 des statuts de MGEN.

Le comité d'audit est chargé du suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières, et à la maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

Il rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) « GROUPE ISTYA »

Article 49 - Respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya », telle que définie à l'article L. 111-4-2 du Code de la mutualité.

A ce titre, la mutuelle s'engage au respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment au respect des dispositions y figurant relatives :

- aux pouvoirs de contrôle de l'UMG, en ce qu'ils obligent la mutuelle à demander l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou à l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies ;
- aux pouvoirs de sanction de l'UMG, lesquels peuvent être mis en œuvre en cas de non respect de tout engagement souscrit par la mutuelle dans le cadre de l'UMG, et peuvent notamment consister en la participation d'un représentant de l'UMG au conseil d'administration et/ou à l'assemblée générale de la mutuelle.

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 50 - Respect des statuts et règlements

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Les modifications des statuts et des règlements décidées par l'assemblée générale s'imposent aux adhérents dès lors qu'elles ont été portées à leur connaissance.

Article 51 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de sa cotisation et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

➤ Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 52 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlements(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Article 53 - Maxima des remboursements

Le remboursement des dépenses de maladie de la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective du mutualiste.

Article 54 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la mutuelle.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées pour les prestations dues au titre de l'article 53, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Règlement mutualiste Offre Complémenter Prévoyance

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit les conditions dans lesquelles la mutuelle assure au profit des membres participants relevant de l'article 7-3 des statuts et leurs bénéficiaires dans le cadre d'opérations individuelles :

- des garanties incapacité de travail,
- des garanties invalidité.

selon l'option choisie lors de l'adhésion. L'option retenue est mentionnée au certificat d'adhésion.

Option 1 : Garantie Indemnités Journalières couvrant uniquement l'incapacité de travail,

Option 2 : Garanties Indemnités Journalières et Invalidité couvrant l'incapacité de travail et l'invalidité,

Option 3 : Garanties Indemnités journalières, Invalidité et Perte de retraite couvrant l'incapacité de travail, l'invalidité et la perte de retraite.

Cinq niveaux d'indemnisation sont proposés à hauteur de 75%, 80%, 85%, 90% ou 95%.

Le niveau d'indemnisation retenu s'applique à l'ensemble des garanties composant l'option. Celui-ci est mentionné au certificat d'adhésion.

Article 2 - Conditions d'adhésion

La garantie prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de la demande d'adhésion par la mutuelle à condition qu'à cette date l'agent ne soit pas en arrêt de travail pour raison médicale.

Cas des agents en arrêt de travail pour maladie ou accident ou à temps partiel pour raison thérapeutique à la date d'effet de la participation financière de l'employeur ou à la date de leur embauche :

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet de la participation financière de leur employeur ou à la date de leur embauche ne peuvent pas adhérer aux garanties du présent règlement. Ils ne peuvent y adhérer qu'à l'issue d'une reprise effective de leur activité.

Il en est de même pour les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date d'effet de la participation financière de leur employeur ou de leur embauche. Ils ne peuvent adhérer aux garanties du présent règlement qu'à l'issue d'une reprise effective de leur activité à temps complet

Article 3 - Formalités d'adhésion

Afin d'adhérer aux garanties choisies, l'intéressé doit retourner à la mutuelle le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par la mutuelle, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle.

Article 4 - Délais d'attente

Un délai de stage d'un an est appliqué aux garanties à compter de la date d'adhésion au présent règlement.

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai d'un an ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement.

Les rechutes des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie survenus au cours du délai de stage n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement.

Toutefois, ce délai de stage n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité ou l'invalidité incombe au demandeur.

Changement d'option ou de niveau d'indemnisation concernant la garantie maintien de salaire :

Pour toute demande de changement d'option ou de niveau d'indemnisation de la garantie maintien de salaire à la hausse, le délai de stage s'applique uniquement sur la ou les garantie(s) supplémentaire(s) souscrite(s) ainsi que sur le niveau d'indemnisation supplémentaire souscrit.

Article 5 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement en cours de service, la mutuelle peut procéder à un contrôle médical. La mutuelle n'est pas tenue par l'avis de la Sécurité sociale et si le contrôle médical déclenché par la mutuelle conduit à un arrêt injustifié, elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par la mutuelle.

Le membre participant ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.

Article 6 - Procédure d'arbitrage

6-1 - En cas de contestation sur l'état d'incapacité, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, un médecin désigné par la mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin est désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

6-2 - Les honoraires du médecin désigné par la mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard du membre participant, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

Article 7 - Définition des traitements, primes et indemnités

Pour le calcul des indemnités journalières et invalidité :

- le traitement mensuel net correspond au traitement mensuel brut ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires, (Sécurité sociale, retraite CNRACL, IRCANTEC, CSG, CRDS, ...),
- les primes ou indemnités nettes correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires, (CSG, CRDS, ...).

La rémunération des heures supplémentaires est exclue de l'assiette de calcul des garanties.

Article 8 - Exclusions

La mutuelle ne prend pas en charge les risques résultant :

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,**
- B. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,**
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,**
- D. de mutilation ou blessure volontaire,**
- E. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,**
- F. de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,**
- G. de vols sur ailes volantes, ULM, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,**
- H. d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,**
- I. de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,**
- J. d'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits,**
- K. d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'ivresse manifeste ou s'il**

est relevé qu'au moment de l'accident, celui-ci avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal prévu par la réglementation en vigueur en matière routière, lorsque sa responsabilité est engagée,

L. de rixe sauf en cas de légitime défense ou dans l'exercice du devoir professionnel.

Article 9 - Prescription

En application de l'article L. 221-II du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance.

Ce délai court à compter du sinistre ou du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque là.

Cette prescription est interrompue pour l'une des causes suivantes :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception,
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

Article 10 - Réclamation – Médiation

En cas de contestation, les réclamations doivent être formulées par le membre participant par courrier auprès de :

**Complémenter prévoyance, service réclamations
76-78, avenue de Fontainebleau
94274 Le Kremlin Bicêtre Cedex**

Après épuisement de toutes procédures de traitements des réclamations, le membre participant ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur MGEN, en adressant leur demande à :

**MGEN Filia, Médiation
3, square Max-Hymans
75748 PARIS Cedex 15**

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande à cette adresse.

Article 11 - Informatique et libertés

Des renseignements concernant les membres participants et bénéficiaires figurent pour certains d'entre eux dans les fichiers informatiques à usage de la mutuelle. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de la part des membres participants et bénéficiaires, elles peuvent être transmises aux partenaires de la mutuelle dans le cadre d'action pouvant les intéresser. Ces droits peuvent être exercés par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de : Complémenter Prévoyance – Gestion CNIL - 76/78, avenue de Fontainebleau - 94274 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Article 12 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75 436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN Filia.

TITRE II

PRESTATIONS

➤ Chapitre I Garantie incapacité

Article 13 - Objet de la garantie

La garantie indemnités journalières a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants âgés de moins de 67 ans et qui :

- se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, et perçoivent à ce titre des prestations soit de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, et après accord du Médecin Conseil de la Mutuelle ;
- ou sont amenés à exercer leur activité à temps partiel pour raisons médicales, et après accord du Médecin Conseil de la Mutuelle.

Article 14 - Montant et modalités de versement

14-1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires

Les indemnités journalières sont calculées et versées, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, à hauteur de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement mensuel net que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale).

Sont prises en considération dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant de ces primes et indemnités nettes et ce, à l'issue des périodes de franchise définies à l'article 15.

14-2 - Pour les agents travaillant à temps partiel pour raisons médicales qui perçoivent des prestations au titre de la présente garantie et qui sont en arrêt total de travail à nouveau, les indemnités journalières sont, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, calculées et versées à hauteur de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du montant net du traitement mensuel et à :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant net des primes et indemnités mensuelles ayant donné lieu à cotisation que le membre participant aurait perçus sur la base de son temps d'activité avant la reconnaissance du temps partiel, déduction faite des sommes perçues (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale).

Les primes et indemnités mensuelles sont indemnisées à l'issue des périodes de franchise définies à l'article 15.

En tout état de cause l'intervention de la mutuelle est limitée à :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant net du traitement mensuel et des primes et indemnités mensuelles pris en compte dans la base de cotisation avant la reconnaissance du temps partiel.

14-3 - Pour les agents ayant un horaire variable

Les indemnités journalières sont calculées et versées, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, à hauteur de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du montant net du traitement mensuel moyen pris en compte dans la base de cotisation telle que définie à l'article 38 du présent règlement, déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale).

En tout état de cause l'intervention de la mutuelle est limitée à :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant net du traitement mensuel moyen pris en compte dans la base de cotisation.

14-4 - Règle de cumul

Le montant mensuel des indemnités journalières versées par la mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité, quelle qu'en soit la nature juridique, versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder, selon la formule d'indemnisation retenue, 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement mensuel net plus éventuellement :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que le membre participant aurait perçues s'il avait continué d'exercer son activité.

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

Article 15 - Point de départ du versement des indemnités journalières (périodes de franchise)

D'une manière générale la prestation est servie à compter de la fin de la période à plein traitement prévue par le statut de la Fonction Publique Territoriale.

15-1 - Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^e année,
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^e année.

15-2 - Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^e année.

15-3 - Pour les agents non-titulaires :

- en cas de maladie ordinaire :
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
 - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
 - à partir du début de la 2^e année.

15-4 - Pour les agents non titulaires et horaires ne percevant pas de plein traitement de la part de leur employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident :

- dès le 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu (après épuisement de 60 jours continus ou non sur une période de 12 mois consécutifs).

15-5 - Pour les agents à temps partiel pour raisons médicales :

- si la reprise à temps partiel se situe pendant la période à plein traitement prise en charge par l'employeur, le membre participant est indemnisé au terme de la période à plein traitement à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'avait pas repris son activité à temps partiel.
- Si le membre participant est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales sans avoir été en arrêt complet de travail auparavant, il est pris en charge au terme d'un délai de carence égal :
 - pour les agents dont le traitement est maintenu par l'employeur, au nombre de jours pendant lequel l'employeur aurait maintenu le plein traitement pour un arrêt de travail complet dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire,
 - pour les agents dont le traitement n'est pas maintenu par l'employeur, et relevant du régime général de la Sécurité sociale, à 60 jours.

15-6 - Pour les assistant(e)s maternel(le)s :

- au plus tôt à compter de l'intervention de l'employeur au titre de leur Convention collective lorsque l'ancienneté requise pour bénéficier de celle-ci est atteinte.
- à partir du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu lorsque l'ancienneté requise pour bénéficier de la Convention collective n'est pas atteinte.

Article 16 - Pièces à fournir

Pour faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser au centre de gestion de la mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par lui-même, accompagné des pièces suivantes :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de

travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,

- le rapport médical de la mutuelle,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Article 17 - Service des prestations

Une fois les droits du membre participant ouverts, le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par le centre de gestion de la mutuelle. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

Les prestations relatives à l'indemnisation des primes et indemnités sont versées :

- en une seule fois lors de la reprise d'activité s'il n'y a pas eu d'avis du Comité Médical Départemental avant cette reprise.
- mensuellement et à terme échu s'il y a un avis du Comité Médical Départemental ou si les primes suivent le même régime que le traitement.

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 modification du congé de maladie.

Article 18 - Durée du service des indemnités journalières

Pour tous les membres participants, la durée du service de la prestation versée au titre du règlement, ne peut pas excéder plus de 1095 jours continus.

Dans le cadre du temps partiel pour raisons médicales, la durée du service de la prestation versée au titre du règlement ne peut pas excéder plus de 1095 jours sur toute la durée de l'affiliation du membre participant à la présente garantie.

Article 19 - Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité au titre du régime de base du membre participant,
- soit à l'expiration de la durée de 1095 jours visée à l'article 18 du présent règlement,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite au titre du régime de base du membre participant,
- soit au plus tard au jour du 67^e anniversaire du membre participant
- soit du décès du membre participant.

➤ Chapitre 2

Garantie invalidité

(réservée aux membres participants adhérents aux options 2 ou 3)

Article 20 - Objet de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants âgés de moins de 62 ans qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée par la mutuelle d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail survenu pendant la période d'adhésion.

Article 21 - Définition de la prestation

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 66% avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 22 - Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- la date de la mise à la retraite pour invalidité.

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie,
- ou la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 23 - Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, du membre participant,
- le 62^e anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant.

Article 24 - Détermination du montant de la rente

24-1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % :

Le montant de la rente mensuelle est calculé, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, sur la base de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension ou rente de la CNRACL, de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

24-1-1 - Pourcentage limite du montant de la rente :

Le montant de cette rente est, selon la formule d'indemnisation retenue, au plus égal à :

- 30 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 35 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,

- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie.

24-1-2 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause la mutuelle limite son intervention à hauteur de :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant de ces primes et indemnités nettes.

24-1-3 - Règle de cumul :

Le montant de la rente versée par la mutuelle augmenté des prestations versées par la CNRACL, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité, quelle qu'en soit la nature juridique, versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder, selon la formule d'indemnisation retenue, 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement indiciaire net mensuel plus éventuellement :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 %,
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 %,
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 %,
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 %,
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant des primes et indemnités nettes mensuelles, pris en compte au jour de la prise en charge par la mutuelle au titre de la présente garantie revalorisé sur la base de l'évolution de l'indice 100 de la Fonction Publique.

En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par la mutuelle est réduite à due concurrence de ce montant.

24-2 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50 % :

Si le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL est inférieur à 50 %, le montant de la rente versée tel que défini aux articles 24-1 à 24-1-3 est minoré selon la formule de calcul suivante :

$$M = R \times I / 50 \%$$

- M : Montant de la rente versée
- R : Montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % (tel que défini aux articles 24.1 à 24.1.3)
- I : Pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

Exemple : Pour une rente mensuelle dont le montant calculé est de 500 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 %, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à :

$$500 \times 40 \% / 50 \% = 400 \text{ euros.}$$

24-3 - Revalorisation :

La mutuelle définit le taux de revalorisation de cette rente au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels du règlement. La revalorisation s'effectuera dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

24-4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 25 - Pièces à fournir

Pour faire valoir ses droits, le membre participant adresse une demande de Rente Invalidité dûment complétée datée et signée par lui-même, accompagnée des documents suivants :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- l'arrêté de radiation des cadres,
- le dernier bulletin de salaire,
- le document CNRACL intitulé «décompte définitif de pension CNRACL» (document à fournir dans sa totalité),
- les bulletins de paiements émanant de la CNRACL,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- le dernier bulletin de salaire,
- l'arrêté de licenciement pour inaptitude,
- la notification d'attribution d'une pension invalidité Sécurité sociale 2^e ou 3^e catégorie,
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66 %,
- les décomptes de paiements de la Sécurité sociale,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Les membres participants percevant une rente invalidité au titre du présent règlement doivent adresser au centre de gestion de la mutuelle, avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de leur pension d'invalidité ou de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la mutuelle se réserve le droit de demander.

➤ Chapitre 3

Garantie perte de retraite

(réservée aux membres participants adhérents à l'option 3)

Article 26 - Définition de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir une rente viagère au membre participant en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant 62 ans. L'invalidité s'entend telle qu'elle est définie à l'article 20.

Article 27 - Point de départ du versement de la rente

La rente est servie à compter du 62^e anniversaire du membre participant.

Article 28 - Terme du versement de la rente

Au décès du membre participant.

Article 29 - Montant et service de la rente

29-1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % :

Le montant de la rente mensuelle est, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, égal à 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % de la perte de retraite.

La perte de retraite est définie par la différence entre le montant de la retraite que le membre participant aurait perçu à la date de prise en charge au titre de la présente garantie s'il n'avait pas cessé son activité et le montant total des diverses pensions dont le membre

participant bénéficie (retraite de la CNRACL, de la Sécurité sociale, de l'IRCANTEC, ou pension ou rente de tout autre organisme).

La retraite qu'aurait perçue le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité est déterminée sur la base du traitement que le membre participant aurait obtenu par avancement d'échelon à l'ancienneté maximale à l'intérieur du grade détenu lors de sa radiation des cadres pour invalidité.

Les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations sont prises en compte dans le calcul de la perte de retraite au titre de la retraite additionnelle de la Fonction publique (RAFP).

29-2 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50 % :

Si le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL est inférieur à 50 %, le montant de la rente versée par la mutuelle tel que défini à l'article 29.1 est minoré selon la formule de calcul ci-après :

$$M = R \times I / 50 \%$$

- M : Montant de la rente versée
- R : Montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % (tel que défini à l'article 24-1)
- I : Pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

Exemple : Pour une rente mensuelle de la mutuelle dont le montant calculé est de 100 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 %, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à :

$$100 \times 40 \% / 50 \% = 80 \text{ euros.}$$

29-3 - Revalorisation

La mutuelle définit le taux de revalorisation de cette rente au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité assurées par la mutuelle. La revalorisation s'effectuera dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

29-4 - Règle de cumul

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté du montant des pensions et retraites des régimes légaux à la date de prise en charge au titre de la présente garantie ne peut excéder, selon la formule d'indemnisation retenue, une indemnisation supérieure à 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % de la perte de retraite tel que défini à l'article 29-1. En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

29-5 - Service de la rente

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 30 - Pièces à fournir

En sus des pièces demandées pour la garantie Invalidité, pour faire valoir ses droits, le membre participant adresse au centre de gestion de la mutuelle :

- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL,
- le titre de pension de retraite (notification d'attribution d'une pension ou d'une retraite à titre inapte),
- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Les membres participants percevant une rente perte de retraite au titre du présent règlement doivent adresser au centre de gestion de la mutuelle, avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de leur pension de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la mutuelle se réserve le droit de demander.

TITRE III

GARANTIES OPTIONNELLES

Article 31 - Complément Retraite Mutualiste (Corem)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre MGEN Filia et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), le membre participant et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime Corem qui a pour objet le service d'un complément retraite par points.

Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents lors de l'adhésion.

Article 32 - Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Le membre participant ou le bénéficiaire adhérent au régime Corem a la faculté d'adhérer à cette garantie destinée à assurer, en cas d'invalidité de celui-ci, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription.

Article 33 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie. Elle est attribuée en cas de décès d'un membre participant ou bénéficiaire ayant adhéré au régime Corem.

Article 34 - Offres bancaires Casden

Les membres participants peuvent également bénéficier d'offres bancaires de la Casden proposées spécifiquement pour eux.

Article 35 - Contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »

Le membre participant et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s) peut adhérer au contrat collectif « Sollicitudes » souscrit par la mutuelle auprès du groupe MAIF, pour se couvrir contre les risques suivants :

- la couverture des frais d'obsèques,
- l'assistance (assistance administrative, matérielle, soutien psychologique...).

L'adhésion à ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondante, remises à l'adhérent lors de l'adhésion.

Article 36 - Offre Rassurer Solutions

Le membre participant âgé de moins de 65 ans a la faculté de souscrire le contrat d'assurance individuel décès « Rassurer Solutions » assuré par Parnasse-MAIF.

La souscription de ce contrat donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande de souscription remise à l'adhérent lors de la souscription.

Article 37 - Assurance des prêts

MGEN Filia a souscrit un contrat d'assurance collective en couverture de prêts auprès de CNP Assurances et CNP IAM pour couvrir certains risques destinés :

- au membre participant emprunteur,
- aux co-emprunteurs ou caution personne physique du membre participant, à condition de présenter une demande d'adhésion conjointe avec le membre participant.

Ce contrat d'assurance a pour objet de couvrir :

- l'incapacité totale de travail, la perte totale et irréversible d'autonomie et le cas échéant l'invalidité AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé),
- le risque décès.

Les conditions de ce contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises aux contractants lors de la souscription.

TITRE IV

COTISATIONS

Article 38 - Taux de cotisation

Le pourcentage ou taux de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge du membre participant au moment du paiement de la cotisation.

Deux tranches d'âges sont définies : moins de 57 ans et 57 ans et plus.

L'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du membre participant. Le changement de tranche s'effectue au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Un taux de cotisation de base national pour chaque option et niveau d'indemnisation est fixé par la mutuelle.

La mutuelle peut décider d'appliquer à ce taux de cotisation de base national un coefficient en fonction de la sinistralité ou de conditions de mutualisation particulières constatées au sein d'une zone géographique.

La cotisation est annuelle et payable d'avance mais elle peut être fractionnée (paiement mensuel, trimestriel, semestriel).

Elle est exprimée en pourcentage qui s'applique sur les bases suivantes :

- pour les agents titulaires et non-titulaires :

Sur le traitement brut indiciaire du dernier mois de septembre. Peuvent être également prises en considération dans l'assiette des cotisations les primes et indemnités à périodicité mensuelle.

Le montant de cette base mensuelle est arrondi à la dizaine d'euros supérieure. Le montant de la cotisation annuelle est égal à 12 fois le montant de cette base mensuelle multiplié par le taux de la cotisation.

- pour les agents ayant un horaire variable (horaires) :

Sur la moyenne des 12 derniers mois de traitement brut précédant la date d'adhésion, ou du renouvellement de l'adhésion, arrondi à la dizaine d'euros supérieure. Le montant de la cotisation annuelle est égal à 12 fois le montant de cette base mensuelle multiplié par le taux de la cotisation.

La cotisation est due par tous les membres participants en activité ou en incapacité de travail.

Pour les membres participants bénéficiant de prestations au titre de la garantie indemnités journalières, les cotisations sont calculées par application des taux sur les bases définies ci-dessus. Ces bases correspondent à l'intégralité du traitement brut du mois de septembre que le membre participant aurait perçu s'il n'était pas en arrêt de travail.

Mise à jour annuelle de la base de cotisation :

Au 1^{er} janvier de chaque année, la base de la cotisation est mise à jour à partir des éléments de la rémunération du dernier mois de septembre soumis à cotisation.

En l'absence de déclaration de la part du membre participant des éléments de la rémunération du dernier mois de septembre soumis à cotisation, une revalorisation automatique est appliquée à la base de cotisation de l'exercice précédent.

Les prestations seront calculées sur cette base dans le respect des règles de cumul.

Les modalités de paiement de la cotisation sont précisées sur le bulletin de demande d'adhésion.

Les taux de cotisation des barèmes établis en tenant compte des

impôts et taxes en vigueur à la date de leur émission sont susceptibles de modification en cours d'année en fonction de l'évolution de la réglementation fiscale et sociale. Tous impôts et taxes dus au titre de la présente garantie sont à la charge du membre participant et sont payables en même temps que la cotisation.

BARÈME COTISATIONS DE BASE : TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS

ÂGÉS DE MOINS DE 57 ANS

Options	Garanties	TAUX DE COTISATION DE BASE NATIONAL				
		Indemnisation 75%	Indemnisation 80%	Indemnisation 85%	Indemnisation 90%	Indemnisation 95%
Option 1	Indemnités Journalières	0,45 %	0,54 %	0,63 %	0,72 %	0,80 %
Option 2	Indemnités Journalières Invalidité	0,80 %	0,96 %	1,12 %	1,28 %	1,43 %
Option 3	Indemnités Journalières Invalidité - Perte de Retraite	0,95 %	1,14 %	1,33 %	1,52 %	1,70 %

ÂGÉS DE 57 ANS ET PLUS

Option 1	Indemnités Journalières	0,49 %	0,59 %	0,69 %	0,79 %	0,88 %
Option 2	Indemnités Journalières Invalidité	0,87 %	1,05 %	1,22 %	1,40 %	1,57 %
Option 3	Indemnités Journalières Invalidité - Perte de Retraite	1,04 %	1,25 %	1,45 %	1,67 %	1,88 %

Article 39 - Exonération de la cotisation

Les membres participants percevant des prestations au titre des garanties Invalidité et Perte de retraite sont exonérés du paiement des cotisations au titre de la garantie Maintien de salaire.

mgen[★]

3 square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15

mgenfilia.fr