

Notice d'information Contrat collectif à adhésion facultative prévoyance

Garanties interministérielles complémentaires
et garanties additionnelles

Dispositions applicables au 1^{er} janvier 2026

MGEN. On s'engage mutuellement



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

mgen[★]

GRUPE **vyv**

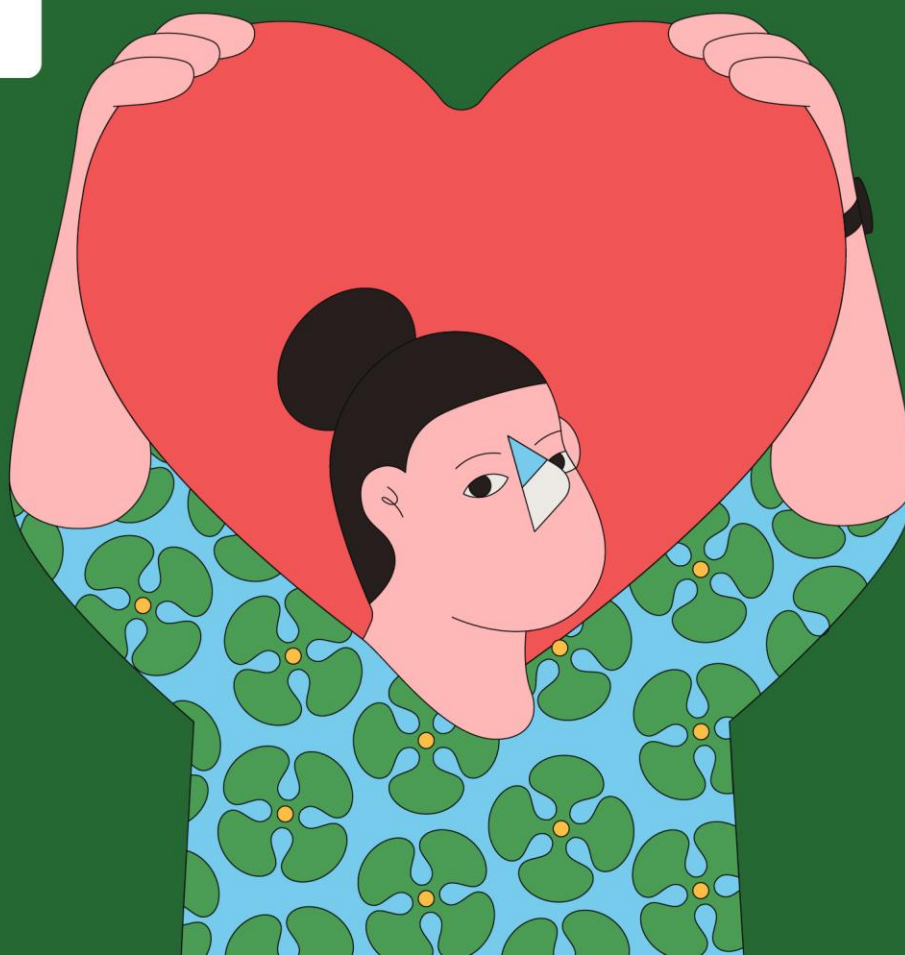


Table des matières

CHAPITRE 1 - PREAMBULE	5
Article 1 - Information importante	5
Article 2 - Glossaire	6
Article 3 - Objet.....	7
CHAPITRE 2 - CONDITIONS GENERALES.....	8
Article 4 - Personnes assurées.....	8
Article 5 - Conditions et modalités d'adhésion	8
Article 6 – Nature des garanties du Contrat.....	10
Article 7 – Faculté de renonciation	10
Article 8 – Résiliation unilatérale par le Membre Participant.....	11
Article 9 – Prise d'effet et renouvellement des garanties.....	11
Article 10 – Cessation des garanties	12
Article 11 – Maintien des garanties	12
Article 12 – Modification du contrat	12
Article 13 – Résiliation du Contrat	12
Article 14 – Obligations des coassureurs relatives à la Notice d'information.....	13
Article 15 – Territorialité du Contrat.....	13
CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INTERMINISTERIELLES COMPLEMENTAIRES	14
Article 16 – Typologie des garanties	14
CHAPITRE 4 - GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE).....	15
Article 17 - Définition et objet de la garantie	15
Article 18 - Conditions de mise en œuvre de la garantie	15
Article 19 - Assiette et montant des prestations	15
Article 20 - Revalorisation.....	16
Article 21 - Terme du versement et terme de la garantie	16
CHAPITRE 5 - GARANTIE INVALIDITE D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE).....	18
Article 22 - Définition et objet de la garantie	18
Article 23 - Conditions de mise en œuvre de la garantie	18
Article 24 - Assiette et montant des prestations	18
Article 25 - Revalorisation.....	19
Article 26 - Terme du versement et terme de la garantie	19
CHAPITRE 6 - GARANTIE DECES (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE).....	21
Article 27 - Objet et Conditions de mise en œuvre de la garantie	21
Article 28 - Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) du capital.....	21
Article 29 - Montant des prestations	22
Article 30 - Terme de la garantie	22
CHAPITRE 7 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES	23
Article 31 – Typologie des garanties additionnelles.....	23

Article 32 – Conditions et modalités d'adhésion aux garanties additionnelles.....	23
Article 33 – Résiliation de la garantie additionnelle	23
CHAPITRE 8 – GARANTIE ADDITIONNELLE INCAPACITE (OPTION A).....	25
Article 34 - Définition et objet de la garantie	25
Article 35 - Conditions et modalités d'adhésion.....	25
Article 36 - Prise d'effet de la garantie.....	25
Article 37 - Assiette et montant des prestations	26
Article 38 – Autres dispositions	26
CHAPITRE 9 – GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES (OPTION B).....	27
Article 39 – Définition et objet de la garantie	27
Article 40 - Conditions et modalités d'adhésion.....	27
Article 41 - Prise d'effet de la garantie.....	27
Article 42 – Bénéficiaire de la garantie	28
Article 43 – Montant et assiette	28
Article 44 – Terme de la garantie	28
CHAPITRE 10 – GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE (OPTION B).....	29
Article 45 – Objet de la garantie	29
Article 46 - Définition de l'état de dépendance	29
Article 47 - Conditions et modalités d'adhésion et date de prise d'effet de la garantie.....	30
Article 48 - Prise d'effet de la garantie.....	30
Article 49 – Montant des prestations	30
Article 50 - Modalités de versement des prestations	31
Article 51 – Terme du versement des prestations et de la garantie.....	31
CHAPITRE 11 - EXCLUSIONS.....	32
CHAPITRE 12 - COTISATIONS.....	33
Article 52 - Taux et montant	33
Article 53 – Assiette des cotisations	33
Article 54 - Modalités de paiement	33
Article 55 - Suspension des garanties	33
Article 56 - Défaut de paiement des cotisations	34
Article 57 - Révision des cotisations.....	34
Article 58 – Evolution des cotisations	34
Article 59 – Participation aux bénéfices.....	34
CHAPITRE 13 - VERSEMENT DES PRESTATIONS	35
Article 60 - Déclaration des sinistres	35
Article 61 - Obligations de l'adhérent.....	35
Article 62 - Modalités de versement	35
Article 63 - Assiette des prestations versées au titre des garanties Incapacité, Invalidité et Décès	35
Article 64 - Justificatifs et pièces à fournir	36
Article 65 - Contrôles médicaux.....	38
Article 66 - Modalités, durées et délais de versement	38
CHAPITRE 14 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	39

Article 67 – Prévention	39
Article 68 – Assistance	39
CHAPITRE 15 - DISPOSITIONS DIVERSES.....	40
Article 69 - Réticence ou fausse déclaration intentionnelle	40
Article 70 - Déchéance	40
Article 71 - Prescription	41
Article 72 - Réclamation	42
Article 73 - Médiation.....	43
Article 74 - Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties	43
Article 75 - Protection des données à caractère personnel	43
Article 76 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	45
Article 77 - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence	45
Article 78 - Subrogation	45
Article 79 - Autorité de contrôle	45
ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES INTERMINISTERIELLES.....	46
ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES ADDITIONNELLES.....	47
ANNEXE 3 : COTISATIONS DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES INTERMINISTERIELLES.....	48
ANNEXE 4 : COTISATIONS DES GARANTIES ADDITIONNELLES.....	49

GARANTIES :
Incapacité de travail,
Invalidité d'origine non professionnelle,
Décès,
Perte d'Autonomie,
Frais d'Obsèques.

CHAPITRE 1 - PREAMBULE

Le présent contrat collectif est régi par les dispositions du code de la Mutualité.

Il est souscrit auprès de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) (ci-après dénommée « l'Apériteur » ou « la Mutuelle »), Relyens et MGEN (ci-après dénommée « la Mutuelle gestionnaire ») par :

Le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles (MTSSF), situé 14, avenue Duquesne - 75007 Paris et les établissements publics et autorités administratives/publiques associés.

Article 1 - Information importante

L'encadré ci-après a pour objet d'attirer l'attention du membre participant sur certaines dispositions essentielles de la Notice d'information. Il est important que le membre participant lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion.

- 1)** Le présent contrat est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative (ci-après le « Contrat ») qui met en œuvre des garanties de prévoyance au bénéfice du personnel du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et des établissements publics et autorités administratives/publiques associés qui relève du statut des agents publics de la fonction publique de l'Etat, des agents contractuels de droit public et de droit privé et au bénéfice de ses agents retraités.
Les droits et obligations du Membre Participant peuvent être modifiés par des avenants au Contrat. Les modifications apportées par ces avenants sont communiquées par la personne morale souscriptrice aux Membres Participants.
Il est rappelé que le défaut de remise des documents et informations énumérés au deuxième alinéa de l'article L.223-8 du code de la Mutualité entraîne de plein droit la prorogation du délai de trente (30) jours calendaires révolus pour la renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit (8) ans à compter de la date où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet.
- 2)** Garanties assurées :
 - Garantie Incapacité de travail (congrés de longue maladie et congrés de grave maladie) (Chapitre 4),
 - Garantie Invalidité d'origine non professionnelle (Chapitre 5),
 - Garantie Décès (Chapitre 6),
 - Garantie additionnelle Incapacité (congrés de maladie ordinaire et congrés de longue durée) (Chapitre 8),
 - Garantie additionnelle Frais d'Obsèques (Chapitre 9),
 - Garantie additionnelle Perte d'Autonomie (Chapitre 10).
- 3)** Il est prévu une clause de participation aux bénéfices (article 59) concernant les garanties complémentaires interministérielles et l'option A et une clause de participation concernant les garanties de l'option B.
- 4)** Pour les garanties décès et frais d'obsèques, il n'y a pas de faculté de rachat ou de transfert.
- 5)** Les frais de gestion et les taxes éventuelles sont inclus dans la cotisation.
- 6)** Quelle que soit la date d'adhésion initiale au contrat, l'adhésion est valable jusqu'au 31 décembre à minuit de la même année. Les garanties se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf cessation des garanties.
- 7)** Si pour la garantie Décès du Chapitre 6, le Membre Participant désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause bénéficiaire par défaut mentionnée au même chapitre, il doit désigner expressément le ou les bénéficiaires de son choix via son espace personnel. La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.
Le membre peut à tout moment, au cours de son adhésion, modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée sauf en cas d'acceptation du ou des bénéficiaires. Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment selon les dispositions du II. de l'article L.223-11 du code de la Mutualité ; il devient alors

bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par un avenant signé par la Mutuelle, le membre et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé du Membre et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet vis-à-vis de la Mutuelle gestionnaire que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

Article 2 - Glossaire

Accident : L'accident s'entend d'une façon générale de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME DES ACCIDENTS MAIS COMME DES MALADIES LES ÉVÈNEMENTS SUIVANTS : RUPTURE D'ANÉVRISME, INFARCTUS DU MYOCARDE, EMBOLIE CÉRÉBRALE, HÉMORRAGIE MÉNINGÉE, ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX.

Arrêt de travail : Interruption totale et temporaire de travail, de sorte que le bénéficiaire, du fait d'une maladie non professionnelle ou d'un accident non professionnel, ne peut plus exercer temporairement une activité pouvant lui apporter gains et profits.

Ayants droit : Sont considérés comme ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités le conjoint du bénéficiaire actif ou retraité non divorcé ou non séparé de corps judiciairement, la personne liée au bénéficiaire actif ou retraité par un pacte civil de solidarité, le concubin du bénéficiaire actif ou retraité au sens de l'article 515-8 du Code civil.

Bénéficiaires actifs : Les agents employés et rémunérés par le Souscripteur définis par l'article 2 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024.

Bénéficiaires retraités : Les anciens agents de l'Employeur 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) ; et avoir la qualité de bénéficiaire actif à la date de cessation d'activité définitive pour admission à la retraite.

Coassureurs : Désigne collectivement la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS), Relyens et MGEN.

Délai d'attente : Période unique 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 jamais indemnisés.

Franchise : Délai à l'expiration duquel le Membre Participant reconnu en état de dépendance peut prétendre au versement de la prestation. Ce délai de franchise court à compter de la reconnaissance de la dépendance.

Membre participant (ou adhérent) : Personne physique liée ou ayant été liée par une relation de travail avec le Souscripteur. En complétant et en signant le bulletin individuel d'adhésion, elle devient adhérente au Contrat, bénéficiaire des présentes garanties et Membre Participant de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS). Seuls les bénéficiaires actifs et les bénéficiaires retraités décrits précédemment peuvent acquérir la qualité de Membre Participant.

Mutuelle : Désigne la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475, siège social 96 avenue de Suffren, 75730 PARIS Cedex 15.

Mutuelle gestionnaire : Désigne MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 399 et dont le siège est situé 3, square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15.

Réclamation : Expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service (y compris auprès d'un délégataire ou d'un mandataire du professionnel) auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Sinistre : Réalisation de l'événement dommageable prévu et garanti par le présent contrat auquel a adhéré le Membre Participant.

Souscripteur (ou employeur) : Le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, situé 14, avenue Duquesne - 75007 Paris et les établissements publics, les autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes associés.

Article 3 - Objet

Le présent contrat est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative. Il a pour objet la mise en œuvre des garanties Incapacité de travail (congés de longue maladie et congés de grave maladie), Invalidité d'origine non professionnelle et Décès au bénéfice des agents actifs employés, rémunérés par le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles ayant adhéré au Contrat.

Il a également pour objet la mise en œuvre de garanties additionnelles portant sur l'Incapacité (congés de maladie ordinaire et congés de longue durée), les Frais d'obsèques et la Perte d'Autonomie.

Sa mise en œuvre est réalisée conformément aux textes suivants :

- l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat,
- l'accord ministériel du 14 juin 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de santé et de prévoyance des Ministères sociaux, ainsi que des établissements publics et autorités indépendantes,
- le décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat,
- ainsi que l'ensemble des documents et pièces composant l'appel à concurrence émis par les Ministères sociaux, procédure N°PRA031348 (dont le règlement de la consultation, le cahier des clauses techniques particulières, le cahier des clauses administratives particulières ainsi que leurs annexes, l'acte d'engagement du lot 2, le cadre de réponse technique du lot 2).

CHAPITRE 2 - CONDITIONS GENERALES

Article 4 - Personnes assurées

Le régime complémentaire en prévoyance s'applique aux agents dits « bénéficiaires actifs » qui sont employés, rémunérés par le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et qui relèvent des catégories suivantes :

- les fonctionnaires titulaires et stagiaires,
- les agents contractuels de droit public,
- les agents contractuels de droit privé, non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévue par l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale

Ces derniers peuvent adhérer aux garanties interministérielles complémentaires et aux garanties additionnelles (option A et option B).

Les « bénéficiaires retraités » et les « ayants droit » ont la faculté d'adhérer à des garanties additionnelles selon les conditions et modalités définies dans la présente Notice d'information (option B uniquement).

TOUT FONCTIONNAIRE OU AGENT NE RELEVANT PAS DE L'UNE DES CATÉGORIES PRÉCITÉES N'EST PAS COUVERT PAR LE CONTRAT.

Article 5 - Conditions et modalités d'adhésion

L'adhésion au régime de protection sociale complémentaire « prévoyance » instauré par le Contrat est faite selon les conditions et modalités indiquées ci-après :

a. Date de prise d'effet de l'adhésion

Sauf pour les agents en arrêt de travail (cf. article 5.d), la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat est fixée :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande de l'agent, si la demande est formulée au cours des six (6) premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche si celle-ci est postérieure, et sous réserve que la Mutuelle gestionnaire ait reçu un dossier complet de demande d'adhésion,
- au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la demande, si la demande est formulée au-delà du délai de six (6) mois suivant la date d'effet du contrat collectif ou la date d'embauche et sous réserve que la Mutuelle gestionnaire ait reçu un dossier complet de demande d'adhésion et sous réserve de l'accord écrit de l'agent sur les conditions de prise en charge.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

b. Adhésion effectuée dans les six (6) mois de l'ouverture du droit à adhérer

Sauf pour les agents en arrêt de travail (cf. article 5.d), l'adhésion des agents au Contrat n'est pas conditionnée par leur âge ou leur état de santé sous réserve :

- que leur inscription intervienne pendant les six (6) premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du Contrat (prévue au 1^{er} janvier 2026) ;
- ou, lorsque les agents sont embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat, que leur inscription intervienne dans les six (6) premiers mois qui suivent la date d'embauche.

c. Adhésion demandée au-delà des six (6) mois de l'ouverture du droit à adhérer

Passé ce délai de six (6) mois, l'adhésion au Contrat 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 dudit questionnaire, l'adhésion peut faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

d. Adhésion des agents en situation d'arrêt de travail

Les personnels en congés liés à un arrêt de travail soit à la date de prise d'effet du Contrat soit postérieurement à cette date pourront demander leur adhésion dans les conditions de l'article 3 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin ».

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

Toutefois, elle 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,
- que la Mutuelle gestionnaire apporte la preuve que la maladie était antérieure à l'adhésion de l'intéressé au Contrat.

Pour la garantie Incapacité, le fait générateur correspond à la date d'effet du premier arrêt de travail.

L'adhésion des personnels en congés liés à un arrêt de travail sera soumise à un questionnaire médical et pourra, le cas échéant, faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

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.

Pour les personnels placés dans une autre position ou situation qui suspend le versement de leur traitement par le Souscripteur (disponibilité d'office pour raisons de santé, disponibilité pour convenances personnelles, congé parental, congé de proche aidant, sans solde, congé de solidarité familiale, congé sabbatique...) :

- ils peuvent demander leur adhésion à l'issue de l'événement, sitôt qu'ils retrouvent leur droit à traitement par l'employeur souscripteur et dans un délai de six (6) mois à compter de cette date, l'adhésion n'est alors conditionnée ni à leur âge ni à leur état de santé,
- passé ce délai de six (6) mois, leur adhésion sera soumise à un questionnaire médical et pourra, le cas échéant, faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

e. Bulletin individuel d'adhésion

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.

Ce bulletin d'adhésion est complété et signé par l'agent actif ou l'agent retraité et le cas échéant son ayant droit.

Il peut se présenter soit sur support papier soit dématérialisé et transmis à l'issue du parcours d'adhésion digital.

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

Les garanties additionnelles peuvent uniquement être souscrites si l'agent adhère aux garanties interministérielles complémentaires.

f. Espace sécurisé dédié

Un espace adhérent est mis à la disposition des Membres Participants par la Mutuelle gestionnaire afin de réaliser notamment les actions suivantes :

- déclarer sa rémunération permettant la détermination de son assiette de cotisation,
- visualiser sa situation, son contrat et ses garanties prévoyance,
- réaliser certaines actions relatives à son adhésion et à sa situation,
- consulter les différents documents contractuels d'information,
- suivre leurs indemnisations,
- déclarer les changements de situation familiale ou de rattachement,
- déclarer les sinistres.

Article 6 – Nature des garanties du Contrat

Le Contrat met en œuvre un dispositif complémentaire de prévoyance pour couvrir et gérer les risques Incapacité de travail (congé de longue maladie et congé de grave maladie), Invalidité et Décès, sur la base des garanties interministérielles complémentaires prévues par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance dans la fonction publique de l'Etat :

- incapacité de travail, c'est-à-dire à l'arrêt de travail consécutif à un congé de longue maladie (CLM) ou à un congé de grave maladie (CGM),
- invalidité d'origine non professionnelle,
- décès.

Ces garanties interministérielles représentent le montant global de prise en charge incluant la garantie « employeur », le cas échéant l'indemnisation de la Sécurité sociale, et la garantie complémentaire.

Elles peuvent être complétées par des garanties additionnelles qui renforcent le niveau de protection des agents et qui portent sur :

- l'incapacité, c'est-à-dire à l'arrêt de travail consécutif à un congé maladie ordinaire (CMO) ou à un congé longue durée (CLD),
- les frais d'obsèques,
- la perte d'autonomie.

Article 7 – Faculté de renonciation

Le bulletin d'adhésion comporte un projet de lettre destiné à permettre au Membre Participant d'exercer sa faculté de renonciation.

À compter du jour où il est informé de la prise d'effet de l'adhésion, le Membre Participant dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion aux garanties interministérielles complémentaires et/ou aux garanties additionnelles sans justification.

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.

Pour exercer son droit à renonciation, le Membre Participant doit notifier à la Mutuelle gestionnaire sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, notamment :

- soit par lettre envoyée par la poste à l'adresse : MGEN – Fonction Publique – TSA 91524 – 53106 MAYENNE CEDEX ,
- soit via l'espace adhérent mis à sa disposition par la Mutuelle gestionnaire.

Le Membre Participant peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice du droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation par le Membre Participant, la Mutuelle gestionnaire rembourse tous les paiements reçus du Membre Participant au plus tard trente (30) jours à compter du jour où la Mutuelle gestionnaire est informée de la décision de renonciation du Membre Participant.

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.

Formulaire de renonciation

« Je vous notifie par la présente ma renonciation.

Nom du Membre Participant :*

Adresse du Membre Participant :*

Signature du Membre Participant (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :*

Date :*»

* rubriques à compléter par le Membre Participant

Article 8 – Résiliation unilatérale par le Membre Participant

L'agent peut résilier son adhésion individuelle annuellement dans les conditions prévues par l'alinéa 1^{er} de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, par l'envoi d'une notification à la Mutuelle gestionnaire au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat.

En application de l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, la résiliation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle gestionnaire ;
- soit par acte extra-judiciaire ;
- soit par voie électronique ;
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle gestionnaire, par le même mode de communication.

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

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

Dans tous les cas, l'agent et la Mutuelle gestionnaire respectent les modalités et les exigences techniques posées par les articles L.221-10-3 et D.221-1 du Code de la mutualité.

Le Membre Participant peut également résilier son adhésion lorsque des modifications significatives apportées au Contrat changent ses droits et obligations. Il dispose d'un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice d'information pour demander la résiliation.

LA RÉSILIATION ENTRAÎNE LA CESSATION DES GARANTIES À LA DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION. LA RÉSILIATION DES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES ENTRAÎNE LA RÉSILIATION AUTOMATIQUE ET SYSTÉMATIQUE DU DISPOSITIF ADDITIONNEL. EN REVANCHE, LA RÉSILIATION DES GARANTIES ADDITIONNELLES EST SANS EFFET SUR LES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES. LA RESILIATION DES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES PAR L'AGENT ACTIF ENTRAÎNE LA RESILIATION SYSTEMATIQUE DE L'OPTION B A SON PROFIT ET AU PROFIT DE SON AYANT DROIT. LA RESILIATION PRENDRA EFFET A LA MEME DATE QUE LA RESILIATION DES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES.

Article 9 – Prise d'effet et renouvellement des garanties

LES GARANTIES PRENNENT AUTOMATIQUEMENT EFFET À LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT, SOIT LE 1^{ER} JANVIER 2026, POUR LES AGENTS ACTIFS AYANT FAIT LE CHOIX DE BÉNÉFICIER DU DISPOSITIF PRÉVOYANCE, OU À LA DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION DU MEMBRE PARTICIPANT POUR LEQUEL LA DATE D'EMBAUCHE OU D'ENTRÉE EST POSTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT COLLECTIF ET SI L'AGENT A FAIT LE CHOIX DE BÉNÉFICIER DU DISPOSITIF PRÉVOYANCE. QUELLE QUE SOIT LA DATE D'ADHÉSION INITIALE AU CONTRAT, L'ADHÉSION EST VALABLE JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE À MINUIT DE LA MÊME ANNÉE. LES GARANTIES SE RENOUVELLENT ENSUITE PAR TACITE RECONDUCTION LE 1^{ER} JANVIER DE CHAQUE ANNÉE, SAUF CESSATION DES GARANTIES.

Article 10 – Cessation des garanties

LES GARANTIES PRENNENT FIN AUTOMATIQUEMENT À LA DATE OÙ LES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS CESSENT D'ÊTRE EMPLOYÉS ET NE REMPLISSENT PLUS LES CONDITIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 4 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION.

Toutefois, si l'agent actif a souscrit l'option B, il peut à nouveau souscrire l'option B en qualité de bénéficiaire retraité, en conservant le tarif dont il bénéficiait en tant qu'actif et sans nouvelle condition d'état de santé, sous réserve qu'il demande son adhésion en qualité de retraité dans les trois (3) mois qui suivent son départ à la retraite.

ELLES CESSENT ÉGALEMENT LEURS EFFETS DANS LES CAS SUIVANTS : À LA DATE DE PRISE D'EFFET DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT, EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DANS LES CONDITIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 56 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION, À LA DATE DU DÉCÈS DU MEMBRE PARTICIPANT.

Article 11 – Maintien des garanties

a. Au titre des garanties Incapacité et Invalidité

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du Contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement.

b. Maintien de la garantie décès en cas d'arrêt de travail

La résiliation ou le non-renouvellement du présent Contrat sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité prise en charge au titre du présent Contrat.

Article 12 – Modification du contrat

Le présent Contrat mettant en œuvre des garanties complémentaires à des prestations accordées par les régimes légaux, toute modification de ceux-ci peut avoir des conséquences sur les termes des présentes. En pareil cas, la Mutuelle informera sans délai le souscripteur afin de préciser les modifications à y apporter.

Toute modification du Contrat fera l'objet d'un avenant signé par les Parties, précisant sa portée et sa date de prise d'effet.

Le Souscripteur est tenu d'informer les bénéficiaires des modifications intervenues, dans les conditions prévues par les présentes et par l'article L.221-6 du Code de la Mutualité.

Tout Membre Participant peut, dans le délai d'un (1) mois à compter de la remise de cette notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 13 – Résiliation du Contrat

Le Contrat collectif peut être résilié par les Coassureurs ou le Souscripteur, dans les conditions prévues ci-après.

a. Résiliation par les Coassureurs ou le Souscripteur

La résiliation s'effectue dans les conditions prévues par les documents du marché. En particulier, il est rappelé que le marché est résiliable selon les dispositions du Code de la mutualité. Le marché peut également être résilié quel qu'en soit le motif, moyennant un préavis de neuf mois.

En cas de résiliation sur l'initiative des Coassureurs, le Souscripteur peut s'y opposer, pour motif d'intérêt général, et imposer de poursuivre l'exécution du contrat pendant la durée strictement nécessaire sans que cela ne puisse excéder un an.

b. Effets de la résiliation

En cas de résiliation du présent Contrat, plus aucune adhésion des agents n'est recevable à compter de sa date d'effet et les adhésions en cours prennent fin.

Tout sinistre né postérieurement à la date de résiliation du Contrat ne peut donner lieu à une prise en charge par les Coassureurs.

La résiliation ou le non-renouvellement du Contrat est cependant sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement.

En outre, conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi Evin, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé, le maintien des garanties à titre individuel ne peut être refusé tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à pension de vieillesse et sous réserve des sanctions pour fausse déclaration.

Article 14 – Obligations des coassureurs relatives à la Notice d'information

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, les coassureurs s'engagent à :

- établir une Notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et rappelant les délais et les causes d'interruption de la prescription,
- remettre au Souscripteur un exemplaire de celle-ci, des statuts de la MGAS et de son règlement intérieur institutionnel,
- en cas de modifications apportées aux droits et obligations des bénéficiaires, établir une nouvelle notice intégrant ces modifications et à en remettre un exemplaire au Souscripteur.

Article 15 – Territorialité du Contrat

Le Contrat et les garanties s'exercent en France Métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et dans les collectivités d'outre-mer (COM) ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'une affectation à l'étranger.

Pour la garantie additionnelle 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, Grande-Bretagne (United Kingdom), Irlande, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Danemark, Norvège, Suède, Finlande, Allemagne, Suisse, Autriche.

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INTERMINISTERIELLES COMPLEMENTAIRES

Article 16 – Typologie des garanties

Lors de leur adhésion au Contrat, les Membres Participants sont couverts au titre de l'ensemble des garanties suivantes :

- l'incapacité, c'est-à-dire le congé de longue maladie (CLM) prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique et le congé de grave maladie (CGM) prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986,
- l'invalidité d'origine non professionnelle,
- le décès.

CES GARANTIES NE PEUVENT PAS ÊTRE SOUSCRITES INDÉPENDAMMENT. ELLES SONT INDISSOCIABLES LES UNES DES AUTRES.

Elles correspondent au socle de garanties complémentaires, définies par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance dans la fonction publique de l'Etat et par le décret n°2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat.

Seuls peuvent adhérer aux garanties interministérielles complémentaires les bénéficiaires actifs définis à l'article 4 de la présente Notice d'information.

CHAPITRE 4 - GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE)

Article 17 - Définition et objet de la garantie

La garantie Incapacité de travail a pour objet le versement de prestations complémentaires à l'agent placé en congé de longue maladie (CLM) prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique ou en congé de grave maladie (CGM) prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986.

- En application de l'article L.822-6 du Code général de la fonction publique, le fonctionnaire en activité a droit à des CLM, dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée.
- En application de l'article 13 du décret du 17 janvier 1986, l'agent contractuel en activité et comptant au moins quatre (4) mois de service, atteint d'une affection dûment constatée, le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée bénéficie d'un CGM pendant une période maximale de trois (3) ans.

Article 18 - Conditions de mise en œuvre de la garantie

Le fait générateur de la garantie doit survenir en cours de période d'adhésion au présent Contrat.

Le fait générateur correspond au premier (1^{er}) jour du CLM ou CGM de l'agent.

IMPORTANT : les faits générateurs de la garantie concernant uniquement les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public au regard de la législation applicable, les agents contractuels de droit privé ne sont pas couverts par la garantie socle Incapacité de travail.

Les prestations sont dues à compter :

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

Le versement de prestations au titre de la garantie CLM et CGM doit intervenir avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'agent concerné.

Article 19 - Assiette et montant des prestations

Le montant de la prestation incapacité versé est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

➤ Niveau de garantie :

Conformément aux dispositions de l'article 4 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat, la garantie CLM et CGM permet à l'agent de percevoir :

- 100 % de l'assiette de rémunération la première année ;
- 80 % de cette assiette de rémunération la deuxième année ;
- 80 % de cette assiette de rémunération la troisième année.

➤ **Ressources :**

Le montant de la prestation prise en charge par la Mutuelle gestionnaire correspond au taux ci-avant après déduction des ressources représentant le montant mensuel brut versé en arrêt de travail par l'Administration ou la Sécurité sociale et éventuellement par tout autre organisme complémentaire.

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.

➤ **Assiette de la prestation :**

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 douze mois précédant le CLM ou CGM.

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'une assiette reconstituée *pro rata temporis*.

➤ **Règle de cumul :**

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat 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 gestionnaire sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 20 - Revalorisation

Une revalorisation des prestations Incapacité est appliquée, basée sur l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 3 % par an, annuellement au 1^{er} janvier.

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les prestations en cours de service à la date de changement d'organisme assureur, continueront à être revalorisées sur la base du contrat.

Article 21 - Terme du versement et terme de la garantie

Le versement de 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, même à temps partiel,
- 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 gestionnaire 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 et/ou congé de grave maladie,
- la date de la liquidation d'une pension d'invalidité,
- la date de liquidation de la pension de retraite, qu'elles que soient les conditions de ce passage en retraite (âge légal, taux plein, décote ou surcote, retraite progressive ou anticipée).

La garantie se poursuit également au bénéfice des agents qui seraient à nouveau placés en CLM ou CGM après une période de reprise pour autant que le fait générateur soit identique.

La garantie prend fin à :

- la date du décès de l'adhérent,
- la date de résiliation de son adhésion ou la date de résiliation du Contrat,
- la date de résiliation pour non-paiement des cotisations.

CHAPITRE 5 - GARANTIE INVALIDITE D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE)

Article 22 - Définition et objet de la garantie

La garantie Invalidité d'origine non professionnelle a pour objet le versement de prestations complémentaires :

- au fonctionnaire radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle (dispositif transitoire d'invalidité),
- ainsi qu'au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle (dispositif transitoire d'invalidité),
- à l'agent contractuel justifiant 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,
- ainsi qu'au fonctionnaire justifiant 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, à compter de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'invalidité prévu à l'article 5 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023 (dispositif cible d'invalidité).

Article 23 - Conditions de mise en œuvre de la garantie

Le fait générateur de la garantie, correspond à la date d'effet de placement en invalidité.

La garantie Invalidité d'origine non professionnelle est mise en œuvre lorsque le fonctionnaire ou l'agent contractuel présente une inaptitude à reprendre l'activité professionnelle de manière prolongée, même après un aménagement de poste ou proposition d'un reclassement par l'administration.

L'état d'invalidité doit être constaté et certifié par le conseil médical (pour les fonctionnaires) ou par le service médical de la Sécurité sociale (pour les agents contractuels).

L'invalidité ne doit pas être causée par un accident de service ou une maladie professionnelle.

La prestation 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 24 - Assiette et montant des prestations

Le montant de la prestation invalidité versée est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

➤ Niveau de garantie

- 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 gestionnaire garantit au membre participant le versement d'une prestation complémentaire portant l'ensemble de ses 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 gestionnaire garantit au membre participant le versement de prestations complémentaires lui permettant de percevoir :

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

La prestation est servie après déduction des sommes versées par l'employeur et les régimes de Sécurité sociale ou tout autre organisme.

➤ Ressources

Les ressources prises en compte correspondent aux pensions brutes d'invalidité ou de vieillesse perçues par le membre participant au titre du ou des régimes obligatoires (pension de base et/ou complémentaire) ou la rente d'invalidité versée par l'employeur dans le cadre du dispositif cible d'invalidité et toute autre ressource perçue par le membre participant. Le membre participant est tenu de déclarer à la Mutuelle gestionnaire toute poursuite ou reprise d'une activité professionnelle malgré son invalidité ou évolutions des prestations reçues.

➤ 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 19 de la présente notice d'information.

La rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes mensuelles de l'activité professionnelle des douze mois précédant la mise en invalidité.

EN AUCUN CAS, LES PRESTATIONS VERSÉES EN APPLICATION DU CONTRAT NE POURRONT, EN S'AJOUTANT AUX SOMMES VERSEES PAR L'EMPLOYEUR ET LA SECURITE SOCIALE, OU PAR TOUT AUTRE ORGANISME, PERMETTRE AU MEMBRE PARTICIPANT DE PERCEVOIR DES SOMMES SUPERIEURES A 100% DE LA REMUNERATION NETTE MOYENNE, PRISE EN COMPTE DANS LA REMUNERATION DE REFERENCE, AVANT IMPOT ET AVANT L'INVALIDITE (HORMIS LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE). EN CAS DE DEPASSEMENT DE CETTE LIMITE, LES INDEMNITES VERSEES PAR LA MUTUELLE GESTIONNAIRE SONT REDUITES A DUE CONCURRENCE DE CE MONTANT. LA COUVERTURE DU DÉLAI DE CARENCE EST EXCLUE.

Article 25 - Revalorisation

Une revalorisation des prestations Invalidité est appliquée, basée sur l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 3 % par an, annuellement au 1^{er} janvier.

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les prestations en cours de service à la date de changement d'organisme assureur, continueront à être revalorisées sur la base du contrat.

Article 26 - Terme du versement et terme de la garantie

Le versement de la rente cesse le premier jour du mois suivant l'un des événements suivants :

- le jour de la reprise d'activité, ,
- le jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité,
- à la date de fin de l'état d'invalidité déterminée par le professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle gestionnaire,
- à la liquidation des droits à la pension de retraite du régime de la fonction publique de l'Etat,
- pour les fonctionnaires, avant l'entrée en vigueur du futur régime statutaire de reconnaissance de l'invalidité : à l'âge de 62 ans conformément à l'article 5 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024,
- pour les fonctionnaires, la cessation du versement de la prestation d'invalidité par l'employeur, dans le cadre du dispositif cible d'invalidité,
- pour les agents contractuels : à l'âge visé à l'article L.351-1-5 du Code de la Sécurité sociale.

La garantie prend fin :

- au décès de l'adhérent,
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations,
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'agent ou de résiliation du Contrat.

CHAPITRE 6 - GARANTIE DECES (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE)

Article 27 - Objet et Conditions de mise en œuvre de la garantie

La garantie a pour objet le versement au(x) bénéficiaire(s), désigné(s) selon les modalités ci-après, d'un capital en cas de décès du Membre Participant survenant pendant la durée de l'adhésion.

Article 28 - Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) du capital

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le Membre Participant via l'espace personnel mis à sa disposition par la Mutuelle gestionnaire.

A défaut de désignation expresse ou en cas de renonciation ou de décès antérieur à celui de l'adhérent de tous les bénéficiaires désignés, la clause bénéficiaire est libellée comme suit :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps, ni divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, mon concubin ou mon partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès),
- à défaut, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, et par parts égales, mes ascendants au 1er degré, et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant,
- à défaut, à mes héritiers, et par parts égales.

L'adhérent peut opter pour une désignation expresse. Cette désignation peut être effectuée sur l'espace personnel de l'adhérent, par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'adhérent a la possibilité de la modifier à tout moment en cours d'adhésion.

La désignation peut être effectuée sur papier libre, la Mutuelle gestionnaire ne sera tenue de l'accepter que si la désignation est complète et sans équivoque. La désignation doit permettre à la Mutuelle gestionnaire, en cas de survenance du décès, d'effectuer les recherches de bénéficiaires. Elle doit notamment comporter pour les bénéficiaires personnes physiques, les nom, prénom, date et nom de naissance, lieu de naissance et dernière adresse fiscale et pour les bénéficiaires personnes morales, le numéro SIREN ou RNA et l'adresse du siège social.

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 gestionnaire, 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 gestionnaire.

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.

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 29 - Montant des prestations

Conformément aux dispositions de l'article 7 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat, le montant du capital décès est égal :

- Pour les fonctionnaires :

- au montant de la rémunération brute du fonctionnaire décédé au cours des douze (12) derniers mois dans les conditions suivantes :
 - la rémunération comprend le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les primes et indemnités instituées par une disposition législative ou réglementaire,
 - le traitement à prendre en considération est celui afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire le jour de son décès,
- lorsque le fonctionnaire décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un (1) an au jour de son décès, la rémunération de référence servant au calcul des montants mentionnés précédemment correspond à la rémunération à laquelle aurait eu droit le fonctionnaire s'il avait accompli un (1) an de services.

- Pour les agents contractuels :

- au montant des douze (12) derniers mois de rémunération brute de l'intéressé,
- lorsque l'agent contractuel décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un (1) an au jour de son décès, la rémunération de référence servant au calcul du montant mentionné précédemment correspond à la somme des émoluments auxquels l'agent aurait eu droit s'il avait accompli un (1) an de services.

Article 30 - Terme de la garantie

La garantie décès est une temporaire décès ayant pour objet de protéger les ayants droit de l'adhérent si ce dernier venait à décéder au cours de sa période d'activité.

Elle cesse en conséquence :

- dès lors que l'adhérent résilie son adhésion ou que le Contrat est résilié,
- dès lors que l'adhérent cesse son activité en cas d'admission à faire valoir ses droits à la retraite,
- en tout état de cause, à l'âge légal de départ à la retraite des fonctionnaires tel que déterminé par l'article L.556-1 du Code général de la fonction publique, sous réserve des exceptions prévues par les dispositions en vigueur.

La résiliation ou le non-renouvellement du présent Contrat sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité prise en charge au titre du présent Contrat.

CHAPITRE 7 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 31 – Typologie des garanties additionnelles

Les agents peuvent adhérer à des garanties additionnelles couvrant :

- le congé de maladie prévu à l'article L. 822-1 du Code général de la fonction publique ;
- le congé de maladie prévu à l'article 12 du décret du 17 janvier 1986 ;
- le congé de longue durée prévu à l'article L. 822-12 du Code général de la fonction publique ;
- les frais d'obsèques ;
- la perte d'autonomie.

Les garanties additionnelles précitées viennent compléter :

- le socle de garanties interministérielles complémentaires, définies par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 et par le décret n°2024-678 du 4 juillet 2024,
- les garanties statutaires.

Elles sont regroupées au sein de deux options :

- l'option A relative à l'Incapacité, c'est-à-dire congé maladie ordinaire et congé longue durée,
- l'option B relative aux Frais d'Obsèques et à la Perte d'Autonomie.

Le tableau de garanties en annexe détermine, pour chacune des options, les garanties additionnelles incluses (parmi celles précitées) et leur niveau de couverture.

Article 32 – Conditions et modalités d'adhésion aux garanties additionnelles

L'agent peut adhérer aux garanties additionnelles du présent Contrat dans les conditions et modalités visées à l'article 5 de la présente Notice d'information, sous réserve des dispositions suivantes :

- les bénéficiaires actifs peuvent adhérer à l'option A et à l'option B,
- les bénéficiaires retraités et les bénéficiaires ayants droit ne peuvent adhérer qu'à l'option B.

Ces conditions et modalités d'adhésion ainsi que la date de prise d'effet des garanties sont précisées aux articles suivants de la présente Notice d'information :

- articles 35 et 36 pour l'option A,
- articles 40, 41, 47 et 48 pour l'option B.

Article 33 – Résiliation de la garantie additionnelle

Le membre participant peut demander la résiliation de la garantie additionnelle dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle gestionnaire au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du présent contrat collectif, soit le 31 octobre de chaque année.

En application de l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, la résiliation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- soit par acte extra-judiciaire ;
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle gestionnaire, par le même mode de communication ;
- soit par voie électronique.

La résiliation de la garantie optionnelle dont bénéficiait le Membre Participant prend alors effet à la date d'échéance du contrat collectif, soit le 31 décembre à minuit.

Cette résiliation entraîne la résiliation des garanties additionnelles pour les ayants droit des agents actifs et retraités concernés mais elle est sans effet sur les garanties interministérielles complémentaires.

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 douze (12) mois à compter de la résiliation. Il se voit alors appliquer les mêmes conditions que pour une nouvelle adhésion.

La résiliation de l'option A et/ou B par le Membre Participant actif est sans effet sur l'adhésion de son ayant droit à l'option B, tant qu'il bénéficie des garanties interministérielles complémentaires.

La résiliation de l'option B par le Membre Participant retraité entraîne la résiliation systématique de l'option B au profit de son ayant droit.

Si l'agent actif ou le retraité résilie l'option B 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 douze (12) mois à compter de la résiliation. Il se voit alors appliquer les mêmes conditions d'adhésion que pour une nouvelle adhésion.

CHAPITRE 8 – GARANTIE ADDITIONNELLE INCAPACITE (OPTION A)

Article 34 - Définition et objet de la garantie

La garantie additionnelle Incapacité de l'option A a pour objet la couverture de l'agent actif, en cas de survenance, en cours d'adhésion au Contrat, d'une incapacité de travail, en complément des garanties statutaires et en sur-complément des garanties interministérielles complémentaires, dans le cadre :

- d'un congé maladie ordinaire (CMO) pendant la période à demi-traitement ou sans traitement,
- ou d'un congé longue durée (CLD) pendant les quatrième et cinquième années.

Le congé maladie ordinaire est celui 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.

Le congé de longue maladie est celui prévu à l'article L.822-12 du Code général de la fonction publique.

Article 35 - Conditions et modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option A est ouverte uniquement aux agents actifs ayant préalablement ou concomitamment adhéré aux garanties interministérielles complémentaires décrites aux chapitres 3 à 6 de la présente Notice d'information.

En revanche, les agents retraités et les ayants droit des agents actifs et des agents retraités n'ont pas la faculté d'adhérer à l'option A.

Lorsqu'elle survient dans les six (6) premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du Contrat ou dans les six (6) mois de l'embauche si cette date est postérieure à la date de prise d'effet du Contrat, l'adhésion n'est conditionnée ni à l'âge ni à l'état de santé de l'agent postulant.

Passé le délai de six (6) mois précité, l'adhésion au Contrat 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 dudit questionnaire, l'adhésion peut faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

L'adhésion des agents en arrêt de travail à l'Option A s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 5.d. ci-dessus.

Article 36 - Prise d'effet de la garantie

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.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

Le fait générateur correspond au premier jour de l'arrêt de travail de l'agent tel que défini au point a. du présent article. Un arrêt de travail ne peut être considéré comme un nouveau fait générateur que s'il est consécutif à une reprise d'activité de trente (30) jours minimum. A défaut, le fait générateur reste inchangé.

Les prestations sont dues à compter du jour où le Membre Participant ne perçoit plus la totalité de sa rémunération brute.

Article 37 - Assiette et montant des prestations

L'assiette de la prestation est calculée en fonction de la rémunération constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues, selon le cas, en congé maladie ordinaire ou en congé de longue durée.

Le montant de la prestation additionnelle incapacité versé est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

➤ Niveau de garantie

L'option A prévoit le versement d'une prestation correspondant au maintien de :

- 80 % de la rémunération globale des personnels titulaires et contractuels, pendant la durée du congé de maladie pendant laquelle ils perçoivent la moitié de leur rémunération ou aucune rémunération,
- 80 % de la rémunération globale en congé de longue durée les quatrième et cinquième années.

Ces taux sont exprimés en fonction de l'assiette de rémunération et comprennent la somme versée par l'employeur (garanties statutaires) et la part prise en charge par la Mutuelle gestionnaire.

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 (interdiction de couvrir le jour de carence applicable aux congés pour raisons de santé).

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

➤ Ressources

Le montant de la prestation pris en charge par la Mutuelle gestionnaire correspond au taux ci-avant après déduction des ressources représentant le montant mensuel brut versé en arrêt de travail par l'Administration ou la Sécurité sociale et éventuellement par tout autre organisme complémentaire.

➤ Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent Contrat 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 gestionnaire sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 38 – Autres dispositions

Les dispositions des articles 20 et 21 de la présente Notice d'information relatifs à la garantie interministérielle complémentaire Incapacité sont applicables à la garanties additionnelle Incapacité.

CHAPITRE 9 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES (OPTION B)

Article 39 – Définition et objet de la garantie

La garantie additionnelle Frais d’obsèques est une garantie vie entière, ayant pour objet de garantir le versement d’une allocation en cas de décès du Membre Participant ou de son conjoint pendant la durée de l’adhésion afin de financer tout ou partie des frais d’obsèques de celui-ci.

L’allocation est versée dans la limite du montant garanti et dans la limite des frais réellement engagés pour le règlement des obsèques sur présentation des pièces justificatives.

Article 40 - Conditions et modalités d’adhésion

L’adhésion à l’option B est ouverte :

- aux agents actifs ayant préalablement ou concomitamment adhéré aux garanties interministérielles complémentaires décrites aux chapitres 3 à 6 de la présente Notice d’information,
- aux agents retraités, 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 du contrat collectif mettant en œuvre les garanties interministérielles complémentaires,
- aux agents en situation d’arrêt de travail dans les conditions définies à l’article 5.d de la présente Notice d’information.

Les agents actifs et les agents retraités peuvent faire adhérer leurs ayants droit à l’option B.

Lorsqu’elle survient dans les six (6) premiers mois qui suivent la prise d’effet du Contrat ou la date d’embauche si celle-ci est postérieure, elle n’est soumise à aucune condition d’âge ou d’état de santé.

Passé le délai de six (6) mois précité, l’adhésion à l’option B est 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.

L’adhésion à l’option B est possible jusqu’à la veille du 85^{ème} anniversaire de la personne souhaitant être couverte (agent actif, retraité ou ayant droit).

Article 41 - Prise d’effet de la garantie

La demande d’adhésion à l’option B peut avoir lieu en même temps que l’adhésion aux garanties interministérielles complémentaires ou en cours d’adhésion.

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

Si elle est postérieure à l’adhésion aux garanties socle, ainsi que pour l’adhésion des retraités et des ayants droit, l’adhésion à l’option B prendra effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle gestionnaire, ou au 1^{er} jour du mois suivant l’acceptation de la demande par la Mutuelle gestionnaire en cas de questionnaire médical.

En tout état de cause, l’adhésion ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

LA COUVERTURE DÉBUTE APRÈS UN DÉLAI D'ATTENTE DE DOUZE (12) MOIS À COMPTER DE LA DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION, SAUF EN CAS D'ACCIDENT, QUELLE QUE SOIT LA DATE D'ADHÉSION.

Article 42 – Bénéficiaire de la garantie

L'allocation, destinée au financement des obsèques du Membre Participant ou de son conjoint, est attribué, à hauteur des frais d'obsèques réels, à la ou les personnes physiques ou morales ayant payé et supporté les frais d'obsèques. Si les frais d'obsèques ont été payés par plusieurs personnes, le capital versé sera réparti au prorata de leur participation aux frais d'obsèques engagés.

Le montant garanti peut être insuffisant pour couvrir l'intégralité des frais d'obsèques.

Le capital versé se limitera toujours aux seuls frais réellement engagés pour les obsèques du Membre participant ou de son conjoint, sur justificatifs présentés.

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

Article 43 – Montant et assiette

Les montants de la prestation additionnelle frais d'obsèques sont ceux visés au tableau de garanties en annexe.

L'assiette de la prestation additionnelle frais d'obsèques correspond au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date de survenance du décès du Membre Participant ou de son conjoint.

Article 44 – Terme de la garantie

La garantie frais d'obsèques cesse :

- dès lors que l'adhérent résilie son adhésion ou que le Contrat est résilié,
- en cas de résiliation pour défaut de paiement des cotisations.

CHAPITRE 10 – GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE (OPTION B)

Article 45 – Objet de la garantie

La garantie 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 premiers frais » est versé sous forme d'un montant forfaitaire pour permettre de couvrir les premières dépenses.
- La garantie a également pour objet le versement d'une prestation financière sous forme de rente dont le montant dépend du niveau de dépendance.

Article 46 - Définition de l'état de dépendance

La Perte d'Autonomie correspond à l'état d'un Membre Participant en incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant procurer gain ou profit, nécessitant le recours d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette). L'état de santé du Membre Participant doit être consolidé ou stabilisé c'est-à-dire non susceptible de s'améliorer.

- 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.

- 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 le Groupe Iso-Ressource 3 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.

Article 47 - Conditions et modalités d'adhésion et date de prise d'effet de la garantie

L'adhésion à l'option B est ouverte :

- aux agents actifs ayant préalablement ou concomitamment adhéré aux garanties interministérielles complémentaires décrites aux chapitres 3 à 6 de la présente Notice d'information,
- aux agents retraités, 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 du contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle interministérielles,
- aux agents en situation d'arrêt de travail dans les conditions définies à l'article 5 de la présente Notice d'information.

Les agents actifs et les agents retraités peuvent faire adhérer leurs ayants droit à l'option B.

Lorsqu'elle survient dans les six (6) premiers mois qui suivent la prise d'effet du Contrat ou de la date d'embauche si celle-ci est postérieure, elle n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé.

Passé le délai de six (6) mois précité, l'adhésion à l'option B est soumise à un questionnaire médical. A la suite du questionnaire médical, l'adhésion peut faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

L'adhésion à l'option B est possible jusqu'à la veille du 85^{ème} anniversaire de la personne souhaitant être couverte (agent actif, retraité ou ayant droit).

Article 48 - Prise d'effet de la garantie

L'adhésion à l'option B peut avoir lieu en même temps que l'adhésion aux garanties interministérielles complémentaires ou en cours d'adhésion.

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

Si elle est postérieure à l'adhésion aux garanties socle, ainsi que pour l'adhésion des retraités et des ayants droit, l'adhésion à l'option B prendra effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle gestionnaire, ou au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de la demande par la Mutuelle gestionnaire en cas de questionnaire médical.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

**UN DÉLAI D'ATTENTE DE DOUZE (12) MOIS EST APPLIQUÉ À COMPTER DE LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION, POUR TOUTE PERTE D'AUTONOMIE CONSÉCUTIVE À UNE MALADIE.
AUCUN DÉLAI D'ATTENTE N'EST APPLIQUÉ EN CAS DE PERTE D'AUTONOMIE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT TEL QUE DÉFINI PAR LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION.
TOUT ETAT DE DÉPENDANCE CLASSÉ EN GIR 1, GIR 2, GIR 3 OU GIR 4 QUI SURVIENT PENDANT LE DÉLAI D'ATTENTE ENTRAINE 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 gestionnaire.

Article 49 – Montant des prestations

Les montants de la prestation additionnelle Perte d'Autonomie sont ceux visés au tableau de garanties en annexe.

Article 50 - Modalités de versement des prestations

Le « capital premiers frais », d'un montant de 1 000 € (mille euros), est versé en une seule fois le 1^{er} 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 trois (3) mois.

La prestation financière de rente s'élève à :

- 500 € (cinq cents euros) par mois si le bénéficiaire est reconnu en dépendance totale,
- 330 € (trois cent trente euros) par mois si le bénéficiaire est reconnu en dépendance partielle.

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 trente (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 professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle gestionnaire pour les assurés qui ne sont pas éligibles à l'APA.

L'assuré bénéficiaire de la rente doit informer la Mutuelle gestionnaire 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 professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle gestionnaire, un document vérifiant l'attribution de l'APA sera sollicité à leur 60^{ème} 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 trente (30) jours, sans dommages ni intérêts.

Article 51 – Terme du versement des prestations et de la garantie

Le versement des prestations Perte d'autonomie cesse en cas de changement de GIR (passage à un GIR non couvert).

La garantie Perte d'Autonomie cesse :

- dès lors que l'adhérent résilie son adhésion ou que le Contrat est résilié,
- à la date du décès de l'adhérent,
- en cas de résiliation pour défaut de paiement des cotisations.

CHAPITRE 11 - EXCLUSIONS

EN CE QUI CONCERNE LA GARANTIE « DÉCÈS », SONT EXCLUS LES CAS SUIVANTS :

- LE SUICIDE OU LE FAIT INTENTIONNEL DU MEMBRE PARTICIPANT PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE SUIVANT L'ADHÉSION AU CONTRAT,
- DE FAITS DE GUERRES ÉTRANGÈRES LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGÉRANTE SOUS RESERVE DES CONDITIONS QUI SERAIENT DÉTERMINÉES PAR LA LEGISLATION À INTERVENIR CONCERNANT LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE.

EN CE QUI CONCERNE LA GARANTIE « FRAIS D'OBSÈQUES », SONT EXCLUES ET NE DONNENT LIEU À AUCUN PAIEMENT LES CONSÉQUENCES :

- DU SUICIDE OU D'UN FAIT INTENTIONNEL DU MEMBRE PARTICIPANT PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE SUIVANT L'ADHÉSION AU CONTRAT,
- DE FAITS DE GUERRES ÉTRANGÈRES LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGÉRANTE SOUS RESERVE DES CONDITIONS QUI SERAIENT DÉTERMINÉES PAR LA LEGISLATION À INTERVENIR CONCERNANT LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE.

EN CE QUI CONCERNE LA GARANTIE « PERTE D'AUTONOMIE », SONT EXCLUES ET NE DONNENT LIEU À AUCUN PAIEMENT LES CONSÉQUENCES :

- 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, STUPEFIANTS, PRODUITS MÉDICAMENTEUX OU TRANQUILLISANTS À DOSE NON PRESCRITE PAR UNE AUTORITÉ MÉDICALE,
- D'UNE ALTERATION 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'ALCOOLÉMIÉ SUPÉRIEUR À LA LIMITE FIXÉE PAR LE CODE DE LA ROUTE.

CHAPITRE 12 - COTISATIONS

Article 52 - Taux et montant

Les garanties complémentaires interministérielles de prévoyance donnent lieu au paiement d'une cotisation distincte de celle due au titre des garanties additionnelles.

Les garanties complémentaires interministérielles sont éligibles à la participation financière de l'employeur.

Les garanties additionnelles ne sont pas éligibles à la participation financière de l'employeur.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation. Elles incluent l'ensemble des taxes et frais de gestion et d'acquisition.

Les taux et le montant des cotisations sont révisables à chaque échéance annuelle selon les modalités fixées par les articles 12, 57 et 58 de la présente Notice d'information.

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 53 – Assiette des cotisations

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

S'entend par rémunération brute l'ensemble des éléments assujettis à cotisations CSG et CRDS.

L'indemnisation d'un sinistre pourra, le cas échéant, entraîner une mise à jour de l'assiette de cotisations et donc une régularisation des cotisations, à compter du mois précédant le fait générateur du sinistre, dans la limite de deux ans.

Pour l'option B, les cotisations relatives aux garanties Frais d'obsèques et Perte d'autonomie sont déterminées en fonction de l'âge du bénéficiaire au jour de son adhésion au Contrat.

Elles sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Article 54 - Modalités de paiement

Le paiement des cotisations est effectué en euros et en France et les moyens de paiement doivent être libellés au bénéfice de la Mutuelle gestionnaire.

La cotisation due au titre des garanties complémentaires interministérielles et au titre des garanties additionnelles est acquittée intégralement et directement auprès de la Mutuelle gestionnaire sous la seule responsabilité des adhérents.

Le paiement est effectué par prélèvement mensuel ou annuel sur le compte bancaire du membre participant.

Article 55 - Suspension des garanties

Pour les bénéficiaires, les garanties du Contrat sont suspendues en cas de défaut de paiement de la cotisation dans les conditions fixées par l'article suivant de la présente Notice d'information et conformément au II. de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité.

Elles sont également suspendues en cas de suspension d'activité non rémunérée, par exemple en cas de congé parental et de situation assimilée. La suspension des garanties dure et s'achève jusqu'au jour de leur réintégration.

La suspension des garanties dure et s'achève dans le respect des dispositions des textes précités.

Aucune prestation ne peut être versée par la Mutuelle gestionnaire durant cette période de suspension.

Article 56 - Défaut de paiement des cotisations

Conformément au II. de l'article L.221-8 du Code de la mutualité, le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu de la garantie.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

La lettre de mise en demeure informe le Membre participant qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Article 57 - Révision des cotisations

La révision des taux, assiette et montant des cotisations est effectuée à la date d'échéance annuelle du Contrat.

En application de l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, toute modification des montants de cotisations fait l'objet d'un avenant au contrat signé par la Mutuelle et par le Souscripteur ainsi que d'une information au Membre Participant dans les conditions prévues par l'article 14 de la présente Notice d'information.

Article 58 – Evolution des cotisations

La commission de suivi de l'accord prévoyance participe à la fixation du montant de la cotisation et à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par la Mutuelle.

Toute modification des montants de cotisations fait l'objet d'un avenant au contrat signé par la Mutuelle et par le Souscripteur.

Les agents sont informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

Les cotisations ne peuvent augmenter de plus de 15 % par an (hors évolution législative ou réglementaire).

Article 59 – Participation aux bénéfices

Un mécanisme de provision d'égalisation et de réserve générale décrit dans un protocole technique et financier est mis en place. Il concerne les garanties complémentaires interministérielles et l'option A pour les garanties additionnelles pour les bénéficiaires actifs.

Une réserve générale est également mise en place dans le cadre de la participation aux bénéfices pour l'option B.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, si les soldes sont créditeurs, les montants correspondants seront transférés sans frais ni pénalités auprès du ou des organisme(s) attributaire(s) du nouveau marché assureur dans le mois qui suit l'établissement du compte de clôture.

CHAPITRE 13 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 60 - Déclaration des sinistres

Toute déclaration de sinistre doit être adressée à la Mutuelle gestionnaire selon l'un des canaux suivants :

- par papier à l'adresse suivante : MGEN – Fonction Publique – TSA 91524 – 53106 MAYENNE CEDEX,
- sur l'espace personnel mis à disposition de l'adhérent par la Mutuelle gestionnaire.

Pour être recevable, la demande doit contenir le formulaire de demande, les justificatifs inscrits 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'attention du Médecin Conseil de la Mutuelle gestionnaire à l'adresse suivante :

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

Article 61 - Obligations de l'adhérent

Tout évènement susceptible d'ouvrir droit à garantie doit être déclaré à la Mutuelle gestionnaire.

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle gestionnaire de tout changement en lien avec son sinistre (requalification de l'arrêt), y compris de sa reprise d'activité.

Article 62 - Modalités de versement

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit déclarer le sinistre via son Espace personnel et fournir les pièces justificatives nécessaires à l'instruction de la demande de prestations.

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.

Article 63 - Assiette des prestations versées au titre des garanties Incapacité, Invalidité et Décès

Le présent article précise les dispositions des articles 19, 24, 29 et 37 de la présente notice d'information relatifs respectivement à la garantie Incapacité (CLM et CGM), à la garantie Invalidité d'origine non professionnelle, à la garantie Décès et à la garantie additionnelle Incapacité.

Conformément à l'article 25 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, la rémunération de l'agent est constituée du traitement indiciaire brut (TIB) ainsi que des autres éléments de rémunération à caractère permanent perçus par l'agent à l'exception de celles énumérées ci-après :

- primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
- primes et indemnités liées au changement de résidence, à la primo-affectation, à la mobilité géographique et aux restructurations,
- primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
- avantages en nature,
- indemnités d'enseignement ou de jury ainsi que les autres indemnités non directement liées à l'emploi,
- pourcentage ou intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir,
- versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique

- supplément familial de traitement,
- indemnité de résidence
- prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

Lorsque la période de référence des douze (12) derniers mois précédant l'évènement, n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué sur une période de douze (12) mois en considérant la période comprise entre la date d'effet de la garantie ou la date d'entrée de l'agent et la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

Article 64 - Justificatifs et pièces à fournir

a. Garantie et option A Incapacité

Les justificatifs et pièces à fournir pour l'instruction de la demande de prestations sont les 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 ;
- la copie des bulletins de paie des douze mois précédant l'arrêt de travail,
- les décomptes d'indemnités journalières de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour les agents contractuels ;
- copie du Relevé d'Identité Bancaire.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, le membre participant fournit 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 gestionnaire 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, notamment dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 65 de la présente notice d'information.

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 trente (30) jours ouvrés, hors délais bancaires.

b. Garantie Invalidité d'origine non professionnelle

Les justificatifs et pièces à fournir pour l'instruction de la demande de prestations sont les suivantes :

- le formulaire de demande de prestations complété, daté et signé par le membre participant ;
- pour les fonctionnaires, 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 Primaire d'Assurance Maladie ou le justificatif de Disponibilité Pour Raison de Santé (DPRS) 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 douze bulletins de paie précédant l'invalidité.

Sur demande de la Mutuelle gestionnaire, les pièces justificatives suivantes doivent être fournies :

- 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 gestionnaire 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, notamment dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 65 de la présente notice d'information.

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 trente (30) jours ouvrés, hors délais bancaires.

c. Garantie Décès

En cas de décès du Membre Participant, les prestations sont versées sur production des pièces et justificatifs suivants :

- un 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 (certificat de vie commune ou de concubinage, au moins deux (2) témoignages, déclarations sur l'honneur, 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 gestionnaire se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

La Mutuelle gestionnaire 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 gestionnaire verse dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois (hors délais bancaires), les capitaux garantis au(x) bénéficiaire(s).

d. Option B Perte d'Autonomie

Une déclaration de sinistre s'effectue à l'aide du formulaire dédié et doit être adressée à la Mutuelle gestionnaire accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- l'attestation APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) mentionnant le classement GIR évalué
- un relevé d'identité bancaire (RIB),
- 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 gestionnaire 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.

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 trente (30) jours ouvrés, hors délais bancaires.

e. Option B Frais d'Obsèques

En cas de décès du Membre Participant, les prestations sont versées sur production des pièces et justificatifs suivants :

- 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 (RIB).

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

Article 65 - Contrôles médicaux

La Mutuelle gestionnaire 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.

Ces contrôles pourront également être mis en œuvre de manière aléatoire.

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 gestionnaire.

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 gestionnaire 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 gestionnaire pour la représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de la Mutuelle gestionnaire 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.

En tout état de cause, les parties restent libres de saisir les juridictions compétentes à tout moment de la procédure de contrôle précitée.

Article 66 - Modalités, durées et délais de versement

Tout évènement susceptible d'ouvrir droit à garantie doit être déclaré à la Mutuelle.

Le versement des prestations intervient dans les conditions prévues par le présent article et après réception par la Mutuelle gestionnaire de l'intégralité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Ainsi, la Mutuelle gestionnaire effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

La Mutuelle gestionnaire se réserve le droit de solliciter les informations complémentaires qu'elle jugera nécessaires et de procéder à des contrôles médicaux, conformément à l'article précédent de la présente Notice d'information.

CHAPITRE 14 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Article 67 – Prévention

Les actions de prévention mises en œuvre par les coassureurs s'inscrivent dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants mis en œuvre par le Souscripteur. Elles sont de nature collectives ou individuelles.

Les coassureurs proposent aux agents du Souscripteur trois (3) webinaires interactifs, accessibles à la diversité des métiers des agents, pour renforcer une culture commune de prévention santé et permettre aux agents de préserver leur capital santé :

- Être aidant, être aidé
- Les maladies n'ont pas de sexe, et pourtant
- Une gym pour l'équilibre

Les coassureurs proposent également aux agents du Souscripteur une formation en ligne afin de promouvoir les bonnes pratiques en télétravail d'accéder sous la forme d'un e-learning intitulé « GESTES et POSTURE en TELETRAVAIL ». Les coassureurs œuvrent à la promotion de pratiques et comportements favorables à la santé et à la lutte contre les addictions et la sédentarité :

- Ils proposent un service de coaching santé globale qui offre à chacun un accompagnement humain et motivant pour mieux gérer sa santé. Il permet à l'agent d'identifier les facteurs de risques et les axes de travail et d'amélioration pour promouvoir des comportements favorables à la santé.
- La lutte contre les addictions, celle contre la sédentarité sont deux des nombreuses thématiques abordées par Vivoptim. Ainsi les agents auront accès à des coachs spécialisés sur ces sujets, des supports d'information ainsi que des webinaires, le tout accessible sur téléphone, tablette ou ordinateur. Cette solution propose une approche simultanée sur tous les facteurs santé. Vivoptim associe un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé et un accompagnement digital. Vivoptim, c'est la possibilité de suivre trois parcours de prévention santé différents :
 - o Le parcours santé globale,
 - o Le parcours santé mentale (avec un accompagnement spécifique),
 - o Le parcours sport santé.

Article 68 – Assistance

Le présent Contrat prévoit la mise en œuvre des prestations d'assistance au bénéfice des agents actifs du Souscripteur. L'assureur des garanties assistance est :

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 32427, 44 124 VERTOU.

Les prestations d'assistance sont définies dans la notice d'information rédigée par cet assureur.

CHAPITRE 15 - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 69 - Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

LES CONDITIONS DU CONTRAT SONT BASÉES SUR LES DÉCLARATIONS TRANSMISES PAR LE SOUSCRIPTEUR ET LES MEMBRES PARTICIPANTS. TOUTE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE ENTRAÎNE L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITÉ AINSI QUE LA NULLITÉ DE L'ADHÉSION.

INDÉPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITÉ, LA GARANTIE ACCORDÉE PAR LES COASSUREURS 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 LES COASSUREURS ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DÉNATURÉ A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LA RÉALISATION DU RISQUE.

LES COTISATIONS PAYÉES DEMEURENT ALORS ACQUISES AUX COASSUREURS QUI ONT DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ÉCHUES À TITRE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS.

EN CAS D'OMISSION OU DE DÉCLARATION INEXACTE, LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-15 DU MÊME CODE S'APPLIQUENT.

Article 70 - Déchéance

COMPTE TENU DE L'AUGMENTATION CROISSANTE DES FRAUDES AUX ASSURANCES, DES DISPOSITIFS DE CONTRÔLE ONT ÉTÉ MIS EN PLACE PAR LA MUTUELLE GESTIONNAIRE AFIN DE REPERER EFFICACEMENT LES TENTATIVES D'ESCROQUERIE.

LA MUTUELLE GESTIONNAIRE EFFECTUE, PRÉALABLEMENT OU POSTÉRIEUREMENT AU VERSEMENT DES PRESTATIONS, TOUTE ENQUÊTE QU'ELLE JUGE NÉCESSAIRE ET PEUT SOLLICITER, DANS UN SOUCI D'AUTHENTIFICATION AUPRÈS DES ADHÉRENTS, LA COMMUNICATION DE PIÈCES JUSTIFICATIVES, LESQUELLES SERONT SUJETTES À VÉRIFICATION.

DANS LE CAS D'UNE SUSPICION DE DOCUMENT FRAUDULEUX, LA MUTUELLE GESTIONNAIRE 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 GESTIONNAIRE 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 OU LES ÉLÉMENTS TRANSMIS OU UTILISÉS SE RÉVÉLAIENT ERRONÉS, FABRIQUÉS ET/OU FALSIFIÉS, LA MUTUELLE GESTIONNAIRE REFUSERA OU ANNULERA LE PAIEMENT DE LA PRESTATION.

DANS LES CAS VISÉS AU PARAGRAPHE SUPRA, LA MUTUELLE GESTIONNAIRE NOTIFIE AU BÉNÉFICIAIRE, PAR L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE 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 71 - Prescription

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L.221-11 DU CODE DE LA MUTUALITÉ, TOUTES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT SONT PRESCRITES PAR DEUX (2) ANS À COMPTER DE L'ÉVÈNEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE. TOUTEFOIS, CE DÉLAI NE COURT :

- EN CAS DE RÉTICENCE, OMISSION, DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OU LA MUTUELLE GESTIONNAIRE EN A EU CONNAISSANCE,
- EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE, QU'À COMPTER DU JOUR OU LES INTÉRESSÉS EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORÉ JUSQUE-LÀ.

QUAND L'ACTION DU MEMBRE PARTICIPANT, DU BÉNÉFICIAIRE OU DE L'AYANT DROIT CONTRE LES COASSUREURS A POUR CAUSE LE RECOURS D'UN TIERS, LE DÉLAI DE PRESCRIPTION NE COURT QUE DU JOUR OU 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, LA PRESCRIPTION EST PORTÉE A CINQ (5) ANS EN CE QUI CONCERNE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL.

LA PRESCRIPTION EST PORTÉE À DIX (10) 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, NONOBTANT LES DISPOSITIONS DU PRÉCÉDENT PARAGRAPHE, LES ACTIONS DU BÉNÉFICIAIRE SONT PRESCRITES AU PLUS TARD TRENTE (30) ANS À COMPTER DU DÉCÈS DU MEMBRE PARTICIPANT.

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L.221-12 DU CODE DE LA MUTUALITÉ, LA PRESCRIPTION PEUT ÊTRE INTERROMPUE PAR UNE DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DÉFINIES AUX ARTICLES 2240 A 2246 DU CODE CIVIL.

EN APPLICATION DE CES DISPOSITIONS, CONSTITUENT DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION :

- LA RECONNAISSANCE PAR LE DÉBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT (ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL),
- L'EXERCICE D'UNE ACTION EN JUSTICE, MÊME EN RÉFÉRÉ, Y COMPRIS LORSQUE L'ACTION 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 (ARTICLE 2241 A 2243 DU CODE CIVIL),
- UNE MESURE CONSERVATOIRE PRISE EN APPLICATION DU CODE DES PROCÉDURES CIVILES D'EXECUTION OU ACTE D'EXECUTION FORCÉE (COMMANDEMENT DE PAYER, SAISIE, ...) (ARTICLE 2444 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE À L'UN DES DÉBITEURS SOLIDAIRES PAR UNE DEMANDE EN JUSTICE OU PAR UN ACTE D'EXECUTION FORCÉE OU LA RECONNAISSANCE PAR LE DÉBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT, À NOTER QUE L'INTERPELLATION FAITE À L'UN DES HÉRITIERS D'UN DÉBITEUR SOLIDAIRE OU LA RECONNAISSANCE DE CET HÉRITIER N'INTERROMPT LE DÉLAI DE PRESCRIPTION QUE POUR LA PART DE CET HÉRITIER (ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE AU DÉBITEUR PRINCIPAL OU SA RECONNAISSANCE POUR LES CAS DE PRESCRIPTION APPLICABLES AUX CAUTIONS (ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL).

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RÉSULTER DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDÉE OU D'UN ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE, AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION ADRESSÉ PAR LA MUTUELLE GESTIONNAIRE AU MEMBRE PARTICIPANT, EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA COTISATION, ET PAR LE MEMBRE PARTICIPANT, LE BÉNÉFICIAIRE OU L'AYANT DROIT À LA MUTUELLE GESTIONNAIRE, EN CE QUI CONCERNE LE RÈGLEMENT DE L'INDEMNITÉ.

LA PRESCRIPTION NE COURT PAS, EST SUSPENDUE OU RECOMMENCE À COURIR DANS LES CONDITIONS PRÉVUES AUX ARTICLES 2233 A 2239 DU CODE CIVIL.

AINSI, ELLE NE COURT PAS À L'EGARD :

- D'UNE CREANCE QUI DEPEND D'UNE CONDITION, JUSQU'A CE QUE LA CONDITION ARRIVE,
- D'UNE ACTION EN GARANTIE, JUSQU'A CE QUE L'EVICITION AIT LIEU,
- D'UNE CREANCE A TERME, JUSQU'A CE QUE CE TERME SOIT ARRIVE.

ELLE NE COURT PAS OU EST SUSPENDUE :

- CONTRE CELUI QUI EST DANS L'IMPOSSIBILITE D'AGIR PAR SUITE D'UN EMPECHEMENT RESULTANT DE LA LOI, DE LA CONVENTION OU DE LA FORCE MAJEURE,
- CONTRE LES MINEURS NON EMANCIPES ET LES MAJEURS EN TUTELLE, SAUF POUR LES ACTIONS EN PAIEMENT OU EN REPETITION DES SALAIRES, ARRERAGES DE RENTE, PENSIONS ALIMENTAIRES, LOYERS, FERMAGES, CHARGES LOCATIVES, INTERETS DES SOMMES PRETEES ET, GENERALEMENT, LES ACTIONS EN PAIEMENT DE TOUT CE QUI EST PAYABLE PAR ANNEES OU A DES TERMES PERIODIQUES PLUS COURTS.

ELLE EST SUSPENDUE :

- À COMPTER DU JOUR OU, APRES LA SURVENANCE D'UN LITIGE, LES PARTIES CONVIENNENT DE RECOURIR À LA MEDIATION OU À LA CONCILIATION OU, À DEFAUT D'ACCORD ECRIT, À COMPTER DU JOUR DE LA PREMIERE REUNION DE MEDIATION OU DE CONCILIATION, LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE À COURIR, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE À SIX (6) MOIS, À COMPTER DE LA DATE A LAQUELLE SOIT L'UNE DES PARTIES OU LES DEUX, SOIT LE MEDiateur OU LE CONCILIATEUR DECLARENT QUE LA MEDIATION OU LA CONCILIATION EST TERMINEE.
 - À COMPTER DE LA CONCLUSION D'UNE CONVENTION DE PROCEDURE PARTICIPATIVE OU À COMPTER DE L'ACCORD DU DEBITEUR CONSTATE PAR L'HUISSIER DE JUSTICE POUR PARTICIPER À LA PROCEDURE PREVUE À L'ARTICLE L.125-1 DU CODE DES PROCEDURES CIVILES D'EXECUTION, LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE À COURIR A COMPTER DU TERME DE LA CONVENTION, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE À SIX (6) MOIS.
- EN CAS D'ECHEC DE LA PROCEDURE, IL RECOMMENCE À COURIR À COMPTER DE LA DATE DU REFUS DU DEBITEUR, CONSTATE PAR L'HUISSIER, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE À SIX (6) MOIS.
- LORSQUE LE JUGE FAIT DROIT A UNE DEMANDE DE MESURE D'INSTRUCTION PRESENTEE AVANT TOUT PROCES,
- LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE À COURIR, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE À SIX (6) MOIS, À COMPTER DU JOUR OU LA MESURE A ETE EXECUTEE.

Article 72 - Réclamation

POUR ÊTRE RECEVABLE, TOUTE RÉCLAMATION DOIT ETRE ADRESSÉE À LA MUTUELLE GESTIONNAIRE SOIT PAR ORAL SOIT PAR ÉCRIT DANS UN DÉLAI DE DEUX (2) ANS À COMPTER DE L'ÉVÈNEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE.

Lorsqu'elle est formulée par écrit, elle doit être adressée aux coordonnées suivantes :

- Par courrier à l'adresse suivante : MGEN – Fonction Publique – TSA 91524 – 53106 MAYENNE CEDEX,
- Par courriel : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel ou depuis l'espace employeur pour les Souscripteurs.

Une réclamation peut également être formulée par oral lors de l'accueil physique du réclamant ou lors d'un appel téléphonique au 09 72 72 02 43 (pour les adhérents) et au 09 74 75 08 04 (pour les Employeurs).

Si la réclamation a été formulée à l'oral, le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'une réclamation écrite s'il n'a pu lui être donné immédiatement satisfaction.

La Mutuelle gestionnaire accuse réception de la réclamation écrite sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation écrite est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux (2) mois à compter de l'envoi.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

Cette procédure de réclamation est applicable à tout Membre Participant et plus généralement à toute personne portant réclamation (anciens Membres Participants, ayants droit, toute personne en contact avec les services de la Mutuelle).

Article 73 - Médiation

Conformément aux articles L. 616-1 et R. 616-1 du Code de la consommation, la Mutuelle gestionnaire a mis en place un dispositif de médiation de la consommation. L'entité de médiation retenue est MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT/MED CONSO DEV.

En cas de litige, le réclamant peut déposer sa réclamation sur le site <https://medconsodev.eu> ou par voie postale en écrivant à MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT/MED CONSO DEV - Centre d'Affaires Stéphanois SAS - Immeuble l'Horizon – Esplanade de France - 3, rue J. Constant MILLERET – 42000 SAINT-ÉTIENNE.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur lorsque :

- L'adhérent ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle gestionnaire par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- L'adhérent a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur ci-dessus.

La réclamation doit être formulée par écrit et doit, soit avoir reçu une réponse négative soit n'avoir reçu aucune réponse de la part de la Mutuelle gestionnaire dans un délai de deux (2) mois.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'article 2238 du code Civil.

Article 74 - Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties

La langue française est la seule applicable au Contrat et, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toute autre langue.

Le Contrat est régi par le Code de la Mutualité ainsi que par les textes législatifs et réglementaires français en vigueur. Tous les documents, notices et correspondances relatifs aux relations entre les Souscripteurs et la Mutuelle, inscriptions sur matériel, correspondances, demandes de paiement ou modes d'emploi sont entièrement rédigés en langue française ou accompagnés d'une traduction en français, certifiée conforme à l'original par un traducteur assermenté.

En cas de litige, la réglementation française est seule applicable et la détermination de la juridiction compétente répond aux règles définies par le Code de la commande publique, le Code de la mutualité, le Code de procédure civile et tout autre loi ou réglementation applicable en la matière.

Article 75 - Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de son activité, MGEN, 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15 réalise différents traitements de données personnelles concernant le membre participant et ses ayants droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

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 : 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 gestionnaire 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 gestionnaire et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises aux Coassureurs ainsi qu'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 gestionnaire 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 gestionnaire, 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>.

Article 76 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Les coassureurs 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 les coassureurs 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 coassureurs 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 77 - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Le souscripteur 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 aux coassureurs toute assistance nécessaire pour répondre à une demande relative à tout acte de corruption ou de trafic d'influence devant les juridictions compétentes.

Article 78 - Subrogation

Les coassureurs sont subrogés de plein droit au bénéficiaire contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que les coassureurs ont exposées, 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 gestionnaire 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.

Article 79 - Autorité de contrôle

Les coassureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest – CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES INTERMINISTERIELLES

Le tableau ci-dessous détaille les garanties complémentaires interministérielles mises en œuvre par le Contrat en complément des garanties statutaires.

		Garantie interministérielle
Incapacité		
Congé de longue maladie	la 1ère année	100% de la rémunération*
	la 2ème année	80% de la rémunération*
	la 3ème année	80% de la rémunération*
Congé de grave maladie	la 1ère année	100% de la rémunération*
	la 2ème année	80% de la rémunération*
	la 3ème année	80% de la rémunération*
Invalidité		
Garanties pour les fonctionnaires - 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	10% de la rémunération* sous réserve que l'ensemble des revenus perçus ne dépasse pas 80% de la rémunération brute la prestation est versée jusqu'à l'âge de 62 ans
Garanties pour les fonctionnaires - 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	50% de la rémunération*
	2ème catégorie	80% de la rémunération*
	3ème catégorie	80% de la rémunération* + allocation tierce personne de 40%
Garanties pour les contractuels à compter du 1er janvier 2026 : Invalidité d'origine non professionnelle	1ère catégorie	50% de la rémunération*
	2ème catégorie	80% de la rémunération*
	3ème catégorie	80% de la rémunération* + allocation tierce personne de 40%
Décès		
Décès toutes causes		1 an de rémunération

ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES ADDITIONNELLES

Les tableaux ci-dessous détaillent les garanties additionnelles mises en œuvre par le Contrat en complément des garanties complémentaires interministérielles et des garanties statutaires.

		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 B - 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 3 : COTISATIONS DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES INTERMINISTERIELLES

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute.

	Taux de cotisation
Taux de cotisation incapacité (CLM/CGM)	0,69%
Taux de cotisation invalidité	0,22%
Taux de cotisation Décès	0,34%
Total des cotisations au régime SOCLE	1,25%

ANNEXE 4 : COTISATIONS DES GARANTIES ADDITIONNELLES

1. Option A

Cotisations de l'agent en activité

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute globale

	Taux de cotisation
Taux de cotisation incapacité (CMO)	0,53%
Taux de cotisation incapacité (CLD)	0,54%
Taux de cotisation de l'option A	1,07%

2. Option B

2.1. Cotisations des agents en activité et des conjoints des agents en activité

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS. Elles sont déterminées en fonction de l'âge du bénéficiaire au jour de son adhésion au Contrat.

	Cotisation dépendance	Cotisation frais d'obsèques	Cotisation totale
< 20 ans	0,02%	0,01%	0,03%
20 - 24 ans	0,02%	0,01%	0,03%
25 - 29 ans	0,02%	0,01%	0,03%
30 - 34 ans	0,02%	0,01%	0,03%
35 - 39 ans	0,03%	0,02%	0,05%
40 - 44 ans	0,04%	0,03%	0,07%
45 - 49 ans	0,06%	0,03%	0,09%
50 - 54 ans	0,07%	0,05%	0,12%
55 - 59 ans	0,10%	0,07%	0,17%
60 - 64 ans	0,20%	0,11%	0,31%
65 - 69 ans	0,45%	0,17%	0,62%
> 69 ans	1,00%	0,26%	1,26%

2.2. Cotisations des retraités et des conjoints des agents retraités

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS. Elles sont déterminées en fonction de l'âge du bénéficiaire au jour de son adhésion au Contrat.

	Cotisation dépendance	Cotisation frais d'obsèques	Cotisation totale
< 60 ans	0,10%	0,07%	0,17%
60 - 64 ans	0,20%	0,11%	0,31%
65 - 69 ans	0,45%	0,17%	0,62%
70 - 74 ans	1,00%	0,26%	1,26%
75 - 79 ans	2,21%	0,63%	2,84%
80 - 84 ans	4,85%	1,13%	5,98%

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur mgen.fr

Organismes coassureurs :

- MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 775 685 399. Siège social : 3 square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15.
- MGAS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 301 475. Siège social : 96 avenue de Suffren - 75730 PARIS Cedex 15.
- Relyens Mutual Insurance, société d'assurance mutuelle, entreprise régie par Code des assurances, immatriculée au RCS de Lyon sous le n° 779 860 881. Siège social : 18 rue Édouard Rochet - 69372 LYON CEDEX 08.

MGEN, MGAS et Relyens Mutual Insurance sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

