

Notice d'information

Contrat collectif

Prévoyance complémentaire



MGEN. Première mutuelle des agents du service public




**MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*


**MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'ESPACE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*


**MINISTÈRE
DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE
ASSOCIATIVE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	5
I.BÉNÉFICIAIRES.....	7
ARTICLE 1. BÉNÉFICIAIRES.....	7
II.MODALITÉS D'ADHÉSION - PRISE D'EFFET DES GARANTIES.....	8
ARTICLE 2. ADHÉSION AUX GARANTIES DU SOCLE INTERMINISTÉRIEL ET À LA GARANTIE ADDITIONNELLE DES AGENTS EN SITUATION EFFECTIVE D'ACTIVITÉ	8
ARTICLE 2.1. ADHÉSION DANS LES 6 MOIS SUIVANT LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF OU LA DATE D'EMBAUCHE OU LA DATE D'ÉCHÉANCE DU CONTRAT INDIVIDUEL EN COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF	8
ARTICLE 2.2. ADHÉSION AU-DELÀ DU DÉLAI DE 6 MOIS SUIVANT LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF OU LA DATE D'EMBAUCHE OU LA DATE D'ÉCHÉANCE DU CONTRAT INDIVIDUEL EN COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF	8
ARTICLE 2.3. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	8
ARTICLE 3. ADHÉSION AUX GARANTIES DU SOCLE INTERMINISTÉRIEL ET À LA GARANTIE ADDITIONNELLE DES AGENTS EN ARRÊT DE TRAVAIL À LA DATE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION	9
ARTICLE 4. RENONCIATION À L'ADHÉSION.....	10
III.GARANTIES DU SOCLE INTERMINISTÉRIEL	11
ARTICLE 5. GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL	11
ARTICLE 5.1. OBJET DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 5.2. MONTANT DE LA PRESTATION INCAPACITÉ.....	11
ARTICLE 5.3. ASSIETTE DE LA PRESTATION	12
ARTICLE 5.4. FAIT GÉNÉRATEUR ET DÉBUT DE PRISE EN CHARGE	12
ARTICLE 5.5. RÈGLE DE CUMUL	13
ARTICLE 5.6. MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	13
ARTICLE 5.7. REVALORISATION DE LA PRESTATION	13
ARTICLE 5.8. CESSATION DES PRESTATIONS INCAPACITÉ	14
ARTICLE 6. GARANTIE INVALIDITÉ NON PROFESSIONNELLE.....	14
ARTICLE 6.1. OBJET DE LA GARANTIE	14
ARTICLE 6.2. MONTANT DE LA PRESTATION INVALIDITÉ.....	15
ARTICLE 6.3. ASSIETTE DE LA PRESTATION	15
ARTICLE 6.4. FAIT GÉNÉRATEUR ET DÉBUT DE PRISE EN CHARGE	16
ARTICLE 6.5. RÈGLE DE CUMUL	16
ARTICLE 6.6. MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	16
ARTICLE 6.7. REVALORISATION DE LA PRESTATION	17
ARTICLE 6.8. CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION	17
ARTICLE 7. GARANTIE DÉCÈS	17
ARTICLE 7.1. OBJET DE LA GARANTIE	17
ARTICLE 7.2. MONTANT DU CAPITAL DÉCÈS	17
ARTICLE 7.3. BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS.....	18
ARTICLE 7.4. ACCEPTATION DE BÉNÉFICIAIRE	18

ARTICLE 7.5. PIÈCES À FOURNIR POUR LE RÈGLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS	18
ARTICLE 7.6. RÈGLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS.....	18
ARTICLE 7.7. RISQUES EXCLUS	19

IV.GARANTIE ADDITIONNELLE..... 20

ARTICLE 8. GARANTIE ADDITIONNELLE INCAPACITÉ DE TRAVAIL	20
ARTICLE 8.1. OBJET DE LA GARANTIE	20
ARTICLE 8.2. MONTANT DE LA PRESTATION	21
ARTICLE 8.3. ASSIETTE DE RÉMUNÉRATION	21
ARTICLE 8.4. FAIT GÉNÉRATEUR ET DÉBUT DE PRISE EN CHARGE	21
ARTICLE 8.5. RÈGLE DE CUMUL	22
ARTICLE 8.6. MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
ARTICLE 8.7. REVALORISATION DE LA PRESTATION	23
ARTICLE 8.8. CESSATION DES PRESTATIONS INCAPACITÉ	23

V.DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES 24

ARTICLE 9. CHANGEMENT DE SITUATION	24
ARTICLE 10. DÉCLARATION DES SINISTRES.....	24
ARTICLE 11. CONTRÔLE MÉDICAL	24
ARTICLE 12. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RÉSILIATION OU DE NON- RENOUVELLEMENT.....	24
ARTICLE 13. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE LA RELATION DE TRAVAIL	25
ARTICLE 14. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES	25

VI.RÉSILIATION, SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES 26

ARTICLE 15. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AUX GARANTIES DU SOCLE INTERMINISTÉRIEL	26
ARTICLE 16. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION À LA GARANTIE ADDITIONNELLE	26
ARTICLE 17. RÉSILIATION À LA SUITE D'UNE ÉVOLUTION DU CONTRAT	26
ARTICLE 18. MODALITÉS DE RÉSILIATION	26
ARTICLE 19. SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES	27

VII.COTISATIONS..... 28

ARTICLE 20. ASSIETTE DE COTISATIONS	28
ARTICLE 21. PAIEMENT DES COTISATIONS.....	28
ARTICLE 22. EVOLUTION DES COTISATIONS	28
ARTICLE 23. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	28

VIII. ASSISTANCE 29

ARTICLE 24. ASSISTANCE	29
------------------------------	----

IX.DISPOSITIONS DIVERSES..... 30

ARTICLE 25. REPRÉSENTATION DES MEMBRES PARTICIPANTS AU SEIN DE LA MUTUELLE.	30
ARTICLE 26. SUBROGATION DE LA MUTUELLE.....	30
ARTICLE 27. DÉCHÉANCE.....	30
ARTICLE 28. RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	30
ARTICLE 29. PRESCRIPTION.....	30
ARTICLE 30. RÉCLAMATION - MÉDIATION	32
ARTICLE 31. TERRITORIALITÉ.....	32
ARTICLE 32. LOI APPLICABLE - DIFFÉRENDS	32
ARTICLE 33. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION.....	32
ARTICLE 34. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	32
ARTICLE 35. LUTTE CONTRE LA CORRUPTION ET LE TRAFIC D'INFLUENCE	33
ARTICLE 36. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	33
ANNEXE 1 : PRESTATIONS	35
ANNEXE 2 : COTISATIONS	36

PRÉAMBULE

Le présent document constitue la notice d'information référencée 2605-06EBP du contrat collectif d'assurance complémentaire prévoyance conclu entre :

d'une part :

- le Ministère de l'Éducation nationale (MEN),
- le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Espace (MESRE),
- le Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative (MSJVA),
- ainsi que les entités publiques qui leur sont rattachées,

ci-après dénommés « **Souscripteurs** » ou « **Employeurs** » selon le contexte ;

d'autre part :

- **MGEN**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 775 685 399, dont le siège social est situé au 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15 ;
- **MAGE, Mutuelle Autonome Générale de l'Education**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 343 030 037, dont le siège social est situé 43 rue Jaboulay 69007 Lyon. **En application des articles L. 211-5 et R. 211-27 du code de la mutualité, groupe UITSEM, union de mutuelles n° 330 176 413 soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est 43 rue Jaboulay 69007 Lyon, se substitue intégralement à la MAGE pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident et prévoyance offertes aux membres participants de la MAGE et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître ;**
- **CNP Assurances**, société anonyme à conseil d'administration au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est 4 Promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 341 737 062 ;

ci-après désignés « **les Coassureurs** ».

Les Coassureurs sont représentés par MGEN agissant en qualité d'apériteur du contrat.

La gestion du présent contrat est confiée à MGEN, ci-après désignée « **la Mutuelle** ».

Le contrat est régi par les dispositions du code de la mutualité et du code des assurances.

Le contrat est conclu pour une durée maximale de six (6) ans, reconductions comprises, à compter de sa date d'effet, soit le 1^{er} mai 2026.

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

L'accord interministériel relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance dans la fonction publique de l'Etat du 20 octobre 2023 fixe les différents objectifs en termes de renforcement des modalités de prise en charge des agents lorsqu'ils font face à une incapacité de travail, de meilleure reconnaissance de l'invalidité, d'amélioration des garanties apportées aux ayants droit des agents décédés, et de maintien dans l'emploi.

Le décret n°2024-555 du 17 juin 2024 détaille les prestations versées aux ayants droit des agents publics de l'Etat décédés et renforce le dispositif existant de capital décès en fixant au niveau de la dernière rémunération brute annuelle de l'agent décédé le montant du capital versé à ses ayants droit.

Le décret n°2024-641 du 27 juin 2024 précise le régime de certains congés pour raison de santé des fonctionnaires et des agents contractuels de l'Etat. Il modifie :

- le décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'Etat et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés ;
- le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat.

Le décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024, modifié par le décret n° 2025-682 du 21 juillet 2025, détermine la couverture complémentaire des risques en matière d'incapacité, d'invalidité et de décès dans la fonction publique d'Etat. Il détermine les modalités de participation financière de l'employeur public de l'Etat aux contrats collectifs ainsi que les dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires.

L'accord ministériel du 8 avril 2024 concernant la protection sociale complémentaire au MENJ, au MESR et au MSJOP met en place un régime de prise en charge des garanties complémentaires et additionnelles de prévoyance au bénéfice des personnels des trois périmètres ministériels et des établissements publics placés sous leur tutelle.

Au titre du dispositif complémentaire interministériel (ci-après dénommé « **garanties du socle interministériel** »), ouvrent droit à prestations complémentaires les situations suivantes :

- Congé de Longue Maladie (CLM) ;
- Congé de Grave Maladie (CGM) ;
- arrêt de travail pour raison de santé de plus de six mois des agents contractuels ;
- l'invalidité des titulaires (dispositif transitoire et nouvelle invalidité statutaire à compter de sa mise en œuvre) ;
- l'invalidité des contractuels ;
- décès ;

Si vous avez adhéré aux garanties du socle interministériel, vous pouvez adhérer au dispositif additionnel (ci-après « **option** ») qui couvre les situations suivantes :

- Congé de Maladie Ordinaire (CMO) ;
- Congé de Longue Durée (CLD) ;
- arrêt de travail pour raison de santé des agents contractuels, pendant les six premiers mois.

I. BÉNÉFICIAIRES

Article 1. Bénéficiaires

Le contrat collectif à adhésion facultative a pour objet de vous garantir une couverture complémentaire en prévoyance portant sur les risques incapacité, invalidité et décès. Les garanties et les prestations sont définies aux III et IV du présent document.

Vous pouvez adhérer au contrat collectif à adhésion facultative si vous êtes agent actif, c'est-à-dire un agent employé et rémunéré par l'un des Souscripteurs du contrat.

Par votre adhésion au contrat collectif, vous acquérez la qualité de « **membre participant** » de la Mutuelle et celle d'adhérent au contrat pour CNP assurances et la MAGE.

Vous pouvez adhérer au présent contrat si vous êtes :

- fonctionnaire civil de l'Etat,
- agent contractuel de droit public,
- agent contractuel de droit privé non couvert par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévue à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

Article 2. Adhésion aux garanties du socle interministériel et à la garantie additionnelle des agents en situation effective d'activité

Votre adhésion au présent contrat est facultative.

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

Lors de l'adhésion aux garanties du socle interministériel, vous indiquez si vous souhaitez adhérer à la garantie additionnelle (l'option). Vous pouvez également adhérer à la garantie additionnelle postérieurement à votre adhésion aux garanties du socle interministériel.

Vous ne pouvez souscrire l'option que si vous avez adhéré aux garanties du socle interministériel.

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

Votre adhésion n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé lorsque votre demande intervient :

- dans les six (6) premiers mois qui suivent la prise d'effet du contrat collectif, si à cette date vous relevez des effectifs visés à l'article 1 « Bénéficiaires » ;
- ou dans les six (6) mois qui suivent votre date d'embauche, si vous êtes embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat.

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

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

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

- de la prise d'effet du contrat, si à cette date vous relevez des effectifs visés à l'article 1 « Bénéficiaires » ;
- ou de votre date d'embauche (si celle-ci est postérieure à la prise d'effet du contrat) ;
- ou de la date d'échéance de votre contrat individuel en cours à la date d'effet du contrat collectif.

Vous devez renseigner, dater et signer votre questionnaire médical et le retourner à l'adresse suivante :

Cellule médicale
Questionnaire de santé
TSA 21526
53106 MAYENNE CEDEX

A la suite de l'étude du questionnaire médical, votre adhésion peut faire l'objet d'une majoration de cotisation.

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

Votre adhésion aux garanties du socle interministériel prend effet soit :

- à la prise d'effet du contrat collectif, sous réserve que la Mutuelle ait reçu un dossier complet de demande d'adhésion avant cette date ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la demande, si votre demande n'est pas soumise à questionnaire médical, et sous réserve que la Mutuelle ait reçu un dossier complet de demande d'adhésion ;

- au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la demande, si votre demande est soumise à questionnaire médical, et sous réserve de votre accord écrit sur la majoration de cotisation éventuelle.

Si votre demande d'adhésion à la garantie additionnelle est concomitante à votre demande d'adhésion aux garanties du socle interministériel, la garantie additionnelle prendra effet à la même date que la prise d'effet des garanties du socle interministériel.

Si votre demande d'adhésion à la garantie additionnelle est postérieure à la demande d'adhésion aux garanties du socle interministériel, la garantie additionnelle prendra effet :

- au 1^{er} jour du mois suivant votre demande, si elle n'est pas soumise à questionnaire médical et sous réserve que la Mutuelle ait reçu un dossier complet de demande d'adhésion ;
- au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de votre demande par la Mutuelle, si elle est soumise à questionnaire médical et sous réserve de votre accord écrit sur la majoration de cotisation éventuelle.

L'adhésion est confirmée par la remise d'un certificat d'adhésion attestant de votre couverture au titre des garanties souscrites du contrat de prévoyance.

Votre adhésion aux garanties du socle interministériel et, le cas échéant, à la garantie additionnelle, est valable jusqu'au 31 décembre qui suit votre date d'adhésion.

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

Article 3. Adhésion aux garanties du socle interministériel et à la garantie additionnelle des agents en arrêt de travail à la date de la demande d'adhésion

Si vous êtes en arrêt de travail à la date de la demande d'adhésion, vous pouvez demander votre adhésion dans les conditions de l'article 3 de la Loi dite « Evin » du 31 décembre 1989.

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

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

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

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

Toutefois, les sinistres résultant d'événements nouveaux survenus entre la date d'acceptation et la date d'effet de votre adhésion ne sont pas garantis.

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

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

Votre adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de votre demande par la Mutuelle, sous réserve de votre accord écrit sur les conditions de prise en charge et au plus tôt à la date d'effet du contrat collectif.

L'adhésion est confirmée par la remise d'un certificat d'adhésion attestant de votre couverture au titre des garanties souscrites du contrat de prévoyance.

Article 4. Renonciation à l'adhésion

Vous disposez d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion aux garanties du socle interministériel et/ou à la garantie additionnelle sans justification, à compter du jour où vous êtes informé de la prise d'effet de l'adhésion.

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

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

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle suivant : « Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer aux garanties du socle interministériel / à la garantie additionnelle [référence], souscrites le [date] à [lieu]. Date et signature ».

III. GARANTIES DU SOCLE INTERMINISTÉRIEL

Le contrat collectif prend en charge, au titre des garanties du socle interministériel, l'indemnisation des agents en incapacité de travail pour raison de santé, en invalidité d'origine non professionnelle et assure le versement d'un capital en cas de décès.

Article 5. Garantie incapacité de travail

Article 5.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une prestation complémentaire si vous êtes :

- fonctionnaire en Congé de Longue Maladie (CLM) prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique ;
- agent contractuel de droit public en Congé de Grave Maladie (CGM) prévu à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ;
- agent contractuel de droit privé en arrêt de travail pour raison de santé.

- **Pour les fonctionnaires**

Vous êtes considéré comme étant en incapacité de travail, au titre de la présente garantie, si :

- vous êtes placé en Congé Longue Maladie au sens de l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique ;
- et percevez à ce titre des prestations en espèces en application du statut de la fonction publique.

- **Pour les agents contractuels de droit public**

Vous êtes considéré comme étant en incapacité de travail, au titre de la présente garantie, si :

- vous êtes placé en Congé Grave Maladie au sens de l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat, ou, si vous ne remplissez pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité, bénéficiez d'un arrêt de travail pour raison de santé depuis plus de six mois ;
- et percevez à ce titre des prestations en espèces en application de votre statut professionnel ou de la sécurité sociale.

- **Pour les agents contractuels de droit privé**

Vous êtes considéré comme étant en incapacité de travail, au titre de la présente garantie, si vous vous trouvez temporairement dans l'incapacité, à la suite d'un accident ou d'une maladie, d'exercer l'emploi que vous occupiez au moment du sinistre et si :

- vous bénéficiez d'un arrêt de travail pour raison de santé depuis plus de six mois ;
- et percevez à ce titre des prestations en espèces en application du régime de sécurité sociale auquel vous êtes affilié.

Article 5.2. Montant de la prestation incapacité

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

5.2.1. Niveau de garantie

- Pour les fonctionnaires et agents contractuels de droit public qui remplissent les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986

La Mutuelle vous garantit, si vous êtes en congé de longue maladie ou en congé de grave maladie, le versement de prestations venant en complément de votre rémunération réduite, vous permettant de percevoir :

- 100 % de l'assiette de rémunération la première année ;
 - 80 % de l'assiette de rémunération la deuxième année ;
 - 80 % de l'assiette de rémunération la troisième année.
- Pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité

La Mutuelle vous garantit, si vous êtes en arrêt de travail continu pour raison de santé depuis plus de six mois, le versement de prestations venant en complément de votre rémunération réduite, vous permettant de percevoir :

- 100 % de l'assiette de rémunération telle que définie à l'article 5.3, du septième mois d'arrêt de travail jusqu'à la fin de la première année ;
- 80 % de l'assiette de rémunération telle que définie à l'article 5.3, la deuxième et la troisième année.

Ces taux représentent le montant global de prise en charge incluant la garantie « employeur » (garanties statutaires), le cas échéant l'indemnisation de la sécurité sociale et la part prise en charge par la Mutuelle au titre de la présente garantie.

5.2.2. Ressources

Le montant de la prestation pris en charge par la Mutuelle 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.

Le(s) jour(s) de carence ne sont pas pris en charge.

Article 5.3. Assiette de la prestation

Pour les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public qui remplissent les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité, l'assiette de la prestation est calculée en fonction de votre 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 modifié.

Pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité, l'assiette de la prestation est calculée en fonction de votre rémunération brute.

Pour l'ensemble des agents, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes mensuelles de l'activité professionnelle des douze mois précédant l'arrêt de travail.

Si vous n'avez pas accompli dans la fonction que vous occupez le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul, la rémunération de référence est déterminée en fonction d'une assiette reconstituée *pro rata temporis*.

Article 5.4. Fait générateur et début de prise en charge

5.4.1. Fait générateur

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

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

Seuls les faits générateurs intervenus postérieurement à la prise d'effet du contrat peuvent ouvrir droit à prise en charge.

5.4.2. Début de prise en charge

Pour les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public qui remplissent les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité, les prestations sont dues :

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

Pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité, les prestations sont dues à compter du 1^{er} jour du 7^{ème} mois d'arrêt de travail continu pour raison de santé.

Article 5.5. Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat ne peuvent, en s'ajoutant aux sommes versées par votre employeur et par la sécurité sociale ou par tout autre organisme, vous permettre de percevoir des sommes supérieures à 100 % de votre rémunération nette moyenne, prise en compte dans la rémunération de référence, avant impôt et avant arrêt de travail.

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

Article 5.6. Modalités de versement des prestations

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

5.6.1. Vos obligations

Pour faire valoir vos droits, vous devez déclarer le sinistre via votre espace personnel.

Vous vous engagez à rembourser sans délai toutes prestations indûment perçues, notamment en cas de changement de nature de votre congé maladie et ce dès que les services de l'administration auront procédé à la régularisation de votre situation. La Mutuelle peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations qui vous sont dues par la Mutuelle.

5.6.2. Pièces à fournir

Afin de permettre l'instruction du dossier, vous devez fournir les pièces justificatives suivantes :

- le formulaire de demande de prestations complété, daté et signé par vos soins ;
- les arrêtés de congés mentionnant pour chaque période de congés le mode de rémunération : plein traitement, maintien partiel du traitement (ex. 50 %), sans traitement ; si besoin, un formulaire de situation peut être fourni par la Mutuelle, à remplir par l'Employeur ;
- la copie des douze (12) bulletins de paie précédant l'arrêt de travail ;
- les décomptes d'indemnités journalières de la caisse primaire d'assurance maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels ;
- la copie du relevé d'identité bancaire.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, vous devez fournir les pièces justificatives suivantes :

- la copie de l'arrêté de prolongation ou de maintien de congés maladie mentionnant le mode de rémunération ;
- les décomptes d'indemnités journalières de la caisse primaire d'assurance maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels.

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

Article 5.7. Revalorisation de la prestation

La prestation est revalorisée annuellement au 1^{er} janvier de chaque année, dans la limite de 90 % du taux de rendement comptable de l'actif général des Coassureurs hors plus-values, pondérés par leur quote-part respective, net du taux technique non-vie.

Article 5.8. Cessation des prestations incapacité

Le versement des prestations se poursuit tant que dure votre congé de longue maladie ou congé de grave maladie ou votre arrêt de travail, et au plus tard jusqu'à :

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition de l'incapacité de travail au regard des pièces transmises ;
- la date de reprise d'une activité rémunérée, y compris à temps partiel, dont le temps partiel thérapeutique ;
- la date de fin de l'indemnisation par votre employeur ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la sécurité sociale ;
- la date à laquelle vous percevez une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente ;
- la date de votre placement en congé longue durée ;
- la date de liquidation de votre pension de retraite ;
- la date de votre décès.

Article 6. Garantie invalidité non professionnelle

Article 6.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une rente si vous vous trouvez dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée survenant avant l'âge légal minimum de départ à la retraite.

La garantie permet de compenser partiellement la perte de rémunération liée à votre invalidité.

6.1.1. Dispositif transitoire d'invalidité des fonctionnaires

En application du dispositif transitoire d'invalidité des fonctionnaires prévu par l'article 5 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024 modifié, le contrat prévoit le versement de prestations complémentaires :

- o au fonctionnaire radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- o au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé (DPRS) en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle.

6.1.2. Dispositif cible d'invalidité des fonctionnaires

En application du dispositif cible d'invalidité des fonctionnaires prévu par l'article 18.2 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023 (dispositif se substituant au dispositif transitoire), soit à compter de l'entrée en vigueur du nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité prévu à l'article 5 de l'accord interministériel précité, le contrat prévoit le versement de prestations complémentaires au fonctionnaire justifiant d'un classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité.

Les catégories d'invalidité sont définies ainsi qu'il suit (article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) :

- 1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

6.1.3. Dispositif d'invalidité des agents contractuels

Dès l'entrée en vigueur de la présente notice, le contrat prévoit le versement de prestations complémentaires à l'agent contractuel justifiant d'un classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité.

Les catégories d'invalidité sont définies ainsi qu'il suit (article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) :

- 1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

- 3^{ème} catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Article 6.2. Montant de la prestation invalidité

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

6.2.1. Niveau de garantie

- Pour les fonctionnaires (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 vous garantit le versement d'une prestation complémentaire égale à 80 % de l'assiette de rémunération, hors majoration pour tierce personne, sous déduction de l'ensemble des autres prestations perçues.

- 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 vous garantit le versement de prestations complémentaires vous 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^{ème} catégorie ;
- 80 % de cette assiette de rémunération pour une invalidité de 3^{ème} 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 et éventuellement tout autre organisme complémentaire, brutes de prélèvements sociaux.

6.2.2. Ressources

Les ressources prises en compte correspondent aux pensions brutes d'invalidité ou de vieillesse que vous percevez au titre du ou des régimes obligatoires (pension de base et/ou complémentaire) ou la rente d'invalidité versée par votre employeur dans le cadre du dispositif cible d'invalidité et toute autre ressource que vous percevez.

Vous êtes tenu de déclarer à la Mutuelle toute poursuite ou reprise d'une activité professionnelle malgré votre invalidité ou évolutions des prestations reçues.

Article 6.3. Assiette de la prestation

Pour les fonctionnaires dans le cadre du dispositif transitoire d'invalidité et pour les agents contractuels de droit public qui remplissent les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, l'assiette de rémunération pour la garantie invalidité non professionnelle est identique à celle définie pour la garantie incapacité de travail, à l'article 5.3 de la présente notice d'information.

Pour les fonctionnaires dans le cadre du dispositif cible d'invalidité, l'assiette de rémunération prise en compte comprendra le dernier traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités perçues dans les mêmes conditions que celles définies au décret n° 2010-997 du 26 août 2010 et à l'article 25 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 et les autres éléments de rémunération à caractère permanent.

La compensation s'applique aux agents qui seront entrés dans le nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité prévu à l'article 5 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023, jusqu'à l'âge d'ouverture des droits diminué de deux années.

Pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité, l'assiette de la prestation est calculée en fonction de votre rémunération brute.

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

Si vous n'avez pas accompli dans la fonction que vous occupez le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul, la rémunération de référence est déterminée en fonction d'une assiette reconstituée *prorata temporis*.

Article 6.4. Fait générateur et début de prise en charge

6.4.1. Fait générateur

Le fait générateur correspond à la date d'effet de la reconnaissance de votre invalidité ou à la date de votre mise à la retraite pour invalidité non professionnelle ou du jour de votre placement en disponibilité pour raison de santé.

Seuls les faits générateurs survenus postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent ouvrir droit à prise en charge.

6.4.2. Début de prise en charge

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

Article 6.5. Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat ne peuvent, en s'ajoutant aux sommes versées par votre employeur et la sécurité sociale, ou par tout autre organisme, vous permettre de percevoir des sommes supérieures à 100 % de votre rémunération nette moyenne, prise en compte dans la rémunération de référence, avant impôt et avant l'invalidité (hormis la majoration pour tierce personne).

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

Article 6.6. Modalités de versement des prestations

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

6.6.1. Vos obligations

Pour faire valoir vos droits, vous devez déclarer le sinistre via votre espace personnel.

Vous vous engagez, lors de l'ouverture de vos droits à prestations, à rembourser toutes prestations indûment perçues.

6.6.2. Pièces à fournir

Afin de permettre l'instruction du dossier, vous devez fournir les pièces justificatives suivantes :

- le formulaire d'invalidité complété, daté et signé par vos soins ;
- 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 de l'avis d'imposition ;
- le cas échéant, la copie du justificatif d'un contrat prévoyance autre que le présent contrat lié à l'invalidité ;

- s'il n'y a pas eu de prestations incapacité versées avant l'invalidité, la copie des douze (12) bulletins de paie précédant l'invalidité ;
- la copie du relevé d'identité bancaire.

Sur demande de la Mutuelle, vous devez fournir les pièces justificatives suivantes :

- le formulaire de renouvellement ;
- la copie de l'attestation de paiement mensuel ;
- 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) ;
- le cas échéant, la copie des justificatifs d'un contrat prévoyance autre que le présent contrat lié à l'invalidité ;
- la copie du relevé d'identité bancaire.

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

Article 6.7. Revalorisation de la prestation

La prestation est revalorisée annuellement au 1er janvier de chaque année, dans la limite de 90 % du taux de rendement comptable de l'actif général des Coassureurs hors plus-values, pondérés par leur quote-part respective, net du taux technique non-vie.

Article 6.8. Cessation du versement de la prestation

Le versement de la prestation prend fin le premier jour du mois suivant l'un des évènements suivants :

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

Article 7. Garantie décès

Article 7.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement, si vous décédez pendant la durée de l'adhésion, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires selon les modalités définies ci-après.

Article 7.2. Montant du capital décès

Le montant du capital décès est égal :

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

Lorsque vous n'avez pas accompli une durée de services égale à un an le jour de votre décès, la rémunération de référence servant au calcul des montants mentionnés ci-dessus correspond à la rémunération à laquelle vous auriez eu droit si vous aviez accompli un an de services.

Article 7.3. Bénéficiaires du capital décès

Vous pouvez opter pour une désignation expresse. Cette désignation peut être effectuée sur votre espace personnel, ou le cas échéant par acte sous seing privé ou par acte authentique.

La Mutuelle ne sera tenue de l'accepter que si la désignation est complète et sans équivoque. La désignation doit permettre à la Mutuelle, 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 de l'adresse du siège social. Vous avez la possibilité de la modifier à tout moment en cours d'adhésion.

À défaut de désignation expresse, ou en cas de renonciation ou de décès de tous les bénéficiaires désignés antérieur au vôtre, les prestations sont versées à vos bénéficiaires par ordre de priorité suivant :

- à votre conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, ou partenaire de PACS, ou concubin notoire ;
- à défaut, et par parts égales, à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, et par parts égales, à vos ascendants au 1^{er} degré et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant ;
- à défaut, et par parts égales, à vos héritiers.

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

Article 7.4. Acceptation de bénéficiaire

L'acceptation par un bénéficiaire nommément désigné, dans les conditions prévues ci-dessous, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. Le bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de naissance de votre premier enfant.

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

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

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

Article 7.5. Pièces à fournir pour le règlement du capital décès

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

- extrait de l'acte de décès ou extrait de l'acte de naissance portant la mention du décès ;
- certificat médical indiquant si la cause du décès est ou n'est pas naturelle ;
- justificatifs de la rémunération annuelle précédant votre décès ;
- copie de la pièce d'identité du ou des bénéficiaires ;
- relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires ;
- toutes autres pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Article 7.6. Règlement du capital décès

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

A réception de ces pièces, la Mutuelle verse dans un délai qui ne peut excéder trente (30) jours calendaires (hors délais bancaires), les capitaux garantis aux bénéficiaires.

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

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

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

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

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

Le capital décès est versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par vos soins.

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

Article 7.7. Risques exclus

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

- de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- d'un sinistre survenant alors que vous présentez un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L. 234-1 du code de la route,
- du suicide ou d'un fait intentionnel de votre part dans la première année d'assurance,
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

IV. GARANTIE ADDITIONNELLE

Le présent contrat vous ouvre la possibilité d'adhérer à la garantie additionnelle (option), dans les conditions définies à l'article 3 de la présente notice d'information.

L'adhésion à la garantie additionnelle est entièrement à votre charge.

Article 8. Garantie additionnelle incapacité de travail

Article 8.1. Objet de la garantie

La garantie additionnelle incapacité de travail a pour objet votre couverture, en cas de survenance, en cours d'adhésion au contrat collectif, d'une incapacité de travail dans le cadre :

- d'un Congé de Maladie Ordinaire (CMO) tel que prévu à l'article L. 822-1 du code général de la fonction publique et à l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat ;
- d'un Congé de Longue Durée (CLD) tel que prévu à l'article L. 822-12 du code général de la fonction publique ;
- d'un arrêt de travail pour raison de santé pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986, pendant les 6 premiers mois d'interruption du travail.

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

- **Pour les fonctionnaires**

Vous êtes considéré comme étant en incapacité de travail, au titre de la présente garantie, si :

- vous êtes placé en CMO au sens de l'article L. 822-1 du code général de la fonction publique ou en CLD au sens de l'article L. 822-12 du code général de la fonction publique ;
 - et vous percevez à ce titre des prestations en espèces en application du statut de la fonction publique.
- **Pour les agents contractuels de droit public qui remplissent les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 :**

Vous êtes considéré comme étant en incapacité de travail, au titre de la présente garantie, si :

- vous êtes placé en CMO au sens de l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ;
 - et vous percevez à ce titre des prestations en espèces en application de votre statut professionnel ou de la sécurité sociale ;
- **Pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986,** vous êtes considéré comme étant en incapacité de travail, si vous vous trouvez temporairement dans l'incapacité, à la suite d'un accident ou d'une maladie, d'exercer l'emploi que vous occupiez au moment du sinistre et si vous bénéficiez de prestations en espèces en application de la réglementation applicable au régime de sécurité sociale auquel vous êtes affilié.

Vous êtes aussi considéré comme étant en incapacité de travail, si vous ne percevez aucune indemnité journalière de la sécurité sociale :

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

Article 8.2. Montant de la prestation

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

8.2.1. Niveau de garantie

L'option prévoit :

- le maintien de 80 % de la rémunération globale des personnels titulaires et contractuels de droit public, pendant la durée du congé de maladie ordinaire à compter du passage à demi-traitement ;
- le maintien de 80 % de la rémunération globale des agents contractuels de droit privé et des agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986, pendant les 6 premiers mois d'arrêt de travail ;
- le maintien de 80 % de la rémunération globale des fonctionnaires, en congé de longue durée, les quatrième et cinquième années.

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

8.2.2. Ressources

Le montant de la prestation pris en charge par la Mutuelle 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.

Article 8.3. Assiette de rémunération

L'assiette de la rémunération pour la garantie additionnelle incapacité de travail est identique à celle définie pour la garantie incapacité de travail du socle interministériel, à l'article 5.3 de la présente notice d'information. Ainsi :

- pour les fonctionnaires, l'assiette de la prestation pour la garantie en cas de CMO ou CLD est identique à l'assiette de la prestation pour la garantie en cas de CLM ;
- pour les agents contractuels de droit public qui remplissent les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986, l'assiette de la prestation pour la garantie en cas de CMO est identique à l'assiette de la prestation en cas de CGM ;
- pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret précité, l'assiette de la prestation est calculée en fonction de la rémunération brute de l'agent.

Pour l'ensemble des agents, la rémunération de référence correspond à la moyenne des rémunérations brutes mensuelles de l'activité professionnelle des douze mois précédant l'arrêt de travail.

Si vous n'avez pas accompli dans la fonction que vous occupez le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul, la rémunération de référence est déterminée en fonction d'une assiette reconstituée *prorata temporis*.

Article 8.4. Fait générateur et début de prise en charge

8.4.1. Fait générateur

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

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

Seuls les faits générateurs intervenus postérieurement à la prise d'effet du contrat peuvent ouvrir droit à prise en charge.

8.4.2. Début de prise en charge

Le versement de la prestation débute :

- en cas de congé de maladie ordinaire (CMO), pour les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public qui remplissent les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 : à compter du jour où vous êtes en demi-traitement ;
- en cas d'arrêt maladie, pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 : à l'expiration des délais de carence légaux et après épuisement des dispositifs légaux de maintien de revenus ;
- en cas de congé longue durée (CLD) : à compter de la 4^{ème} année d'arrêt de travail continu ou discontinu.

Article 8.5. 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, vous permettre de percevoir des sommes supérieures à 100 % de votre rémunération nette moyenne, prise en compte dans la rémunération de référence, avant impôt et avant arrêt de travail.

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

Article 8.6. Modalités de versement des prestations

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

8.6.1. Vos obligations

Pour faire valoir vos droits, vous devez déclarer le sinistre via votre espace personnel.

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

8.6.2. Pièces à fournir

Afin de permettre l'instruction du dossier, vous devez fournir les pièces justificatives suivantes :

- le formulaire de demande de prestations complété, daté et signé par vos soins ;
- les arrêtés de congés mentionnant pour chaque période de congés le mode de rémunération : plein traitement, maintien partiel du traitement (ex. 50 %), sans traitement ; si besoin, un formulaire de situation peut être fourni par la Mutuelle, à remplir par l'Employeur ;
- la copie des douze (12) bulletins de paie précédant l'arrêt de travail ;
- les décomptes d'indemnités journalières de la caisse primaire d'assurance maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels ;
- la copie du relevé d'identité bancaire.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, vous devez fournir les pièces justificatives suivantes :

- la copie de l'arrêté de prolongation ou de maintien de congés maladie mentionnant le mode de rémunération ;
- les décomptes d'indemnités journalières de la caisse primaire d'assurance maladie sur le compte AMELI pour les agents contractuels.

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

Article 8.7. Revalorisation de la prestation

La prestation est revalorisée annuellement au 1^{er} janvier de chaque année, dans la limite de 90 % du taux de rendement comptable de l'actif général des Coassureurs hors plus-values, pondérés par leur quotepart respective, net du taux technique non-vie.

Article 8.8. Cessation des prestations incapacité

L'indemnisation au titre de la garantie additionnelle incapacité se poursuit, tant que dure votre congé maladie, et au plus tard jusqu'à :

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition de l'incapacité de travail au regard des pièces transmises par vos soins ;
- la date de votre reprise d'une activité rémunérée, y compris à temps partiel, dont le temps partiel thérapeutique ;
- la date de fin de l'indemnisation par l'employeur ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la sécurité sociale ;
- la date de fin de droits au congé maladie ;
- la fin du 6e mois d'arrêt de travail pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public qui ne remplissent pas les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ;
- la date à laquelle vous percevez une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente ;
- la date de liquidation de la pension de retraite ;
- la date de votre décès.

V. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Article 9. Changement de situation

Vous êtes tenu d'informer, sans délai, la Mutuelle de tout changement intervenant dans votre situation susceptible d'avoir une incidence sur le bénéfice de la garantie, notamment une modification de votre rémunération.

Vous devrez produire à cet effet toutes pièces justificatives.

Article 10. Déclaration des sinistres

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

MGEN
FPE Education et Enseignement Supérieur
TSA 71522
53106 MAYENNE CEDEX

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

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

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

Article 11. Contrôle médical

La Mutuelle peut à tout moment :

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

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

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

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 de votre domicile.

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

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

Article 12. Maintien des garanties en cas de résiliation ou de non-renouvellement

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi dite « Evin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif et du marché au titre duquel ledit contrat a été conclu, est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant leur exécution.

Le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès etc.).

Article 13. Maintien des garanties en cas de suspension de la relation de travail

Sont notamment concernées les périodes de suspension de la relation de travail liées à une maladie, une maternité ou un accident ainsi que les périodes d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée dès lors qu'elles sont indemnisées.

Votre adhésion est maintenue en cas de suspension de votre relation de travail pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- soit d'un maintien, total ou partiel de rémunération,
- soit d'indemnisation versée par un régime de sécurité sociale,
- soit d'un maintien de rémunération versé par l'employeur.

En cas de suspension de votre relation de travail indemnisée, l'assiette des cotisations et des prestations est figée à la date du fait générateur.

Pendant la période de suspension de votre relation de travail non indemnisée, le bénéfice des garanties prévoyance est suspendu. Toutefois, vous pouvez bénéficier du maintien uniquement de la garantie décès sous réserve de vous acquitter intégralement de la cotisation afférente sans bénéficier d'une participation patronale.

En cas de suspension de votre relation de travail non indemnisée, l'assiette des cotisations et des prestations est figée à la date de la suspension de la relation de travail.

Article 14. Participation aux bénéfices

Un mécanisme de participation aux bénéfices attaché au contrat collectif est mis en place. Le socle interministériel ainsi que la garantie optionnelle sont concernés par ce mécanisme. La participation aux bénéfices est attribuée globalement au régime collectif.

VI. RÉSILIATION, SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

Article 15. Résiliation de l'adhésion aux garanties du socle interministériel

Conformément à l'article L. 221-10 du code de la mutualité, pour les opérations collectives à adhésion facultative, vous pouvez résilier votre adhésion aux garanties du socle interministériel du contrat collectif tous les ans en adressant une notification selon l'une des modalités prévues à l'article 18 ci-dessous, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 octobre pour une résiliation à effet du 31 décembre.

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

La résiliation de votre adhésion aux garanties du socle interministériel peut également être effectuée à l'initiative de la Mutuelle, en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'article 23 de la présente notice d'information.

La résiliation des garanties du socle interministériel entraîne la résiliation automatique de la garantie additionnelle.

Article 16. Résiliation de l'adhésion à la garantie additionnelle

Vous pouvez résilier votre adhésion à la garantie additionnelle du contrat collectif tous les ans en adressant une notification selon l'une des modalités prévues à l'article 18 ci-dessous, à la Mutuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 octobre pour une résiliation à effet du 31 décembre.

Si vous ne remplissez plus les conditions pour être actif au contrat, la résiliation prend effet au jour de la perte de votre statut d'actif. En cas de prestation incapacité en cours, la prestation continue à être versée.

La résiliation de votre adhésion à la garantie additionnelle peut également être effectuée à l'initiative de la Mutuelle, en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'article 23 de la présente notice d'information.

La résiliation de la garantie additionnelle est sans effet sur les garanties du socle interministériel.

A la suite de la résiliation, vous ne pouvez plus souscrire à nouveau l'option.

Article 17. Résiliation à la suite d'une évolution du contrat

Vous pouvez également résilier votre adhésion aux garanties du socle interministériel et/ou à la garantie additionnelle lorsque des modifications significatives apportées au contrat changent vos droits et obligations. Conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du code de la mutualité, vous disposez d'un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information pour demander la résiliation, selon l'une des modalités prévues à l'article 18 ci-dessous. La résiliation prend alors effet à la date d'effet des modifications.

Article 18. Modalités de résiliation

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

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

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

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

Article 19. Suspension et cessation des garanties

Les garanties sont suspendues en cas de suspension de la relation de travail non indemnisée conformément aux dispositions de l'article 13 de la présente notice d'information.

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier du présent contrat ;
- à la date de prise d'effet de la résiliation de votre adhésion, dans les conditions définies au présent chapitre ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 23 de la présente notice d'information ;
- à la date de votre décès ;
- et en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat par les Souscripteurs ou les Coassureurs.

VII. COTISATIONS

Article 20. Assiette de cotisations

Pour l'ensemble des garanties du socle interministériel et additionnelle, l'assiette de cotisations est constituée de l'ensemble des éléments de votre rémunération brute versée par votre employeur, souscripteur du contrat collectif. Cette rémunération brute est déclarée au moment de votre adhésion. Vous devez informer sans délai la Mutuelle de toute modification de votre rémunération brute.

Pour les agents ayant une rémunération indiciaire, l'assiette de cotisations comprend le traitement indiciaire brut, la nouvelle bonification indiciaire brute et le régime indemnitaire (primes et indemnités brutes).

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

Article 21. Paiement des cotisations

Les cotisations dues au titre de l'adhésion aux garanties du socle interministériel et à la garantie additionnelle sont réglées directement à la Mutuelle par prélèvement mensuel ou annuel sur votre compte bancaire.

Les cotisations à la garantie additionnelle sont distinctes de celles dues au titre des garanties du socle interministériel. Elles sont à votre charge exclusive.

Un échéancier de cotisations détaillant les prélèvements est émis :

- à l'adhésion ;
- en cas de modification de votre adhésion (ajout ou retrait d'option) ;
- à l'échéance annuelle pour l'année suivante.

Article 22. Evolution des cotisations

Pendant la période de maintien de taux, jusqu'au 31 décembre 2027, les cotisations pourront être révisées uniquement en cas d'évolution réglementaire ou en cas d'absence d'évolution réglementaire annoncée entraînant une modification des engagements des Coassureurs.

Au-delà de la période de maintien de taux, à compter du 1^{er} janvier 2028 :

- les cotisations sont révisables une fois par an à chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution des résultats annuels du contrat collectif d'assurance, pour tenir compte de l'évolution de la charge des sinistres par rapport aux cotisations encaissées et des évolutions réglementaires éventuelles, la Commission Paritaire de Suivi et de Pilotage (CPPS) participant à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires ;
- votre cotisation au titre des garanties du socle interministériel pourra évoluer d'un pourcentage ne pouvant excéder 15 % par an, hors évolutions législatives, réglementaires ou fiscales.

Vous êtes informé par la Mutuelle de la modification de votre cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

Article 23. Défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 221-8-II du code de la mutualité, si vous ne payez pas votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, vous pouvez être exclu du groupe.

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

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies par le présent contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous avez versées antérieurement.

VIII. ASSISTANCE

Article 24. Assistance

En application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme assistant, en vue de vous faire bénéficier de prestations d'assistance, dans les conditions définies dans la notice d'information rédigée par cet assistant.

L'assureur des garanties d'assistance est RMA :

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

IX. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25. Représentation des membres participants au sein de la Mutuelle

Vous êtes représenté à l'assemblée générale de la Mutuelle dans les conditions définies par les statuts de celle-ci.

Article 26. Subrogation de la Mutuelle

Conformément au paragraphe 3 de l'article 29, 3° de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 et aux articles L. 224-9 du code de la mutualité et L. 131-2 du code des assurances, pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, les Coassureurs sont subrogés jusqu'à concurrence desdites prestations dans vos droits et actions, ceux des bénéficiaires ou de vos ayants droit contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Article 27. Déchéance

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

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

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

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

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

Article 28. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Les conditions du contrat sont basées sur vos déclarations et celles transmises par votre Employeur.

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.

Article 29. Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 du code de la mutualité et L. 114-1 du code des assurances, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand votre action contre les Coassureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous, ou a été indemnisé par vous.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter de votre décès.

Conformément aux articles L. 221-12 du Code de la mutualité et L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle à vous en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par vous à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont celles prévues par les articles 2240 à 2246 du Code civil, reproduits ci-dessous :

Article 2240 : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

La prescription est suspendue à compter du jour de la saisine du Médiateur (conformément à l'article 30 ci-après) par l'une des parties au contrat.

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

Article 30. Réclamation - Médiation

Vous ou toute autre personne pouvez formuler une réclamation.

La réclamation peut être adressée :

- via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel,
- par courrier à l'adresse postale suivante :

MGEN
FPE Education et Enseignement Supérieur
TSA 71522
53106 MAYENNE CEDEX

- par téléphone au 09 72 72 16 17,
- en point d'accueil.

La Mutuelle accusera réception de votre réclamation dans un délai de quatre (4) jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de son envoi.

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

Conformément aux articles L. 616-1 et R. 616-1 du code de la consommation, la Mutuelle 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, vous pourrez déposer votre 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.

Article 31. Territorialité

Les garanties vous sont acquises si vous exercez votre activité en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer (à l'exception de Saint-Pierre et Miquelon, de la Nouvelle-Calédonie pour les agents affectés ou mis à disposition au-delà de 6 mois de présence sur le territoire, et de Wallis et Futuna), et à l'étranger.

Article 32. Loi applicable - Différends

Le présent contrat collectif est régi par la loi française.

En cas de différend et à défaut de règlement amiable, il sera porté devant la juridiction compétente.

Article 33. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Chacun des Coassureurs est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 34. 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 le financement du terrorisme.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès de vous la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur votre identification, l'identification des parties prenantes ou sur 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 35. Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Vous vous engagez, pendant toute la durée d'exécution du présent contrat :

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

Article 36. Protection des données personnelles

La Mutuelle en sa qualité de responsable du traitement met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel vous concernant.

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 votre contrat ;
- certaines basées sur l'intérêt légitime de MGEN : pour vous informer, pour vous proposer des prestations et services analogues à ceux qui vous sont déjà fournis ou compris dans votre offre (par communication électronique, courrier et téléphone), ou des prestations et services différents (par courrier et téléphone), pour personnaliser et améliorer les services fournis (en enrichissant vos données avec celles de partenaires et en évaluant votre situation), pour piloter ses 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, vos données pourront également être utilisées dans le cadre de profilage ;
- certaines basées sur le respect d'une obligation légale ou réglementaire à laquelle la Mutuelle est soumise : notamment afin de se conformer à ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, la réalisation des déclarations obligatoires aux demandes des autorités et organismes publics, les réponses aux demandes des autorités judiciaires ou administratives habilitées, la gestion des contrats en déshérence ;
- certaines basées sur votre consentement : pour proposer d'autres prestations et services enrichissant votre parcours (notamment en partageant si vous le souhaitez, vos données aux partenaires de MGEN, et en évaluant votre situation). Sur demande du Souscripteur, la Mutuelle peut également être amenée à collecter votre consentement pour toute communication commerciale.

Le traitement par MGEN des données relatives à la santé 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 de vos droits, en matière de droit à la protection sociale).

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

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

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

Certaines données collectées dans le cadre de la gestion du contrat collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire souscrit par votre Employeur, issues des fichiers de DSN (déclaration sociale nominative), concernant les motifs de suspension de rémunération et de rupture de la relation de travail ainsi que les éléments de rémunération, seront utilisées pour la gestion du contrat collectif de prévoyance : calculer les cotisations, gérer les sinistres, actualiser les informations de la garantie décès

et assurer la recherche effective des bénéficiaires. L'utilisation de ces données est limitée au strict minimum nécessaire aux finalités prévues.

S'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant, la Mutuelle vous informera alors et, si nécessaire, vous demandera votre 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 vous retirez votre consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, vous ne pouvez 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, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez 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 votre signature pourra être demandé le cas échéant.

Les demandes peuvent également être faites depuis votre espace personnel.

Vous pouvez également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous estimez, après avoir contacté la Mutuelle, que vos droits ne sont pas respectés.

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

Vous pouvez consulter le site <https://www.mgen.fr> pour plus de détail sur les traitements de données réalisés.

ANNEXE 1 : PRESTATIONS

		SOCLE INTERMINISTÉRIEL	GARANTIES ADDITIONNELLES
		GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES	OPTION
Incapacité de travail (sous déduction des sommes versées par l'employeur ou la Sécurité sociale)			
Congé de maladie ordinaire des fonctionnaires et des agents contractuels de droit public de plus de 4 mois d'ancienneté	-	-	En cas de demi-traitement : 80 % de la rémunération
Congé de longue maladie Congé de grave maladie	La 1 ^{ère} année	100 % de la rémunération	-
	La 2 ^{ème} année	80 % de la rémunération	-
	La 3 ^{ème} année	80 % de la rémunération	-
Arrêt de travail pour raison de santé inférieur à 6 mois pour les agents contractuels de droit privé et agents contractuels de droit public de moins de 4 mois d'ancienneté	-	-	80 % de la rémunération sous déduction des USS
Arrêt de travail pour raison de santé supérieur à 6 mois pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public de moins de 4 mois d'ancienneté	Du 7 ^{ème} mois à la fin de la 1 ^{ère} année	100 % de la rémunération	-
	La 2 ^{ème} année	80 % de la rémunération	-
	La 3 ^{ème} année	80 % de la rémunération	-
Congé de longue durée des fonctionnaires ⁽¹⁾	-	-	En cas de demi-traitement : 80 % de la rémunération
Invalidité d'origine non professionnelle (sous déduction des sommes versées par l'employeur ou la Sécurité sociale)			
Dispositif transitoire d'invalidité des fonctionnaires mis à la retraite anticipée pour invalidité et placés en disponibilité pour raison de santé pour invalidité - régime applicable avant l'entrée en vigueur de la réforme relative à l'invalidité	Tous taux d'invalidité	80 % de la rémunération La prestation est versée jusqu'au 62 ^{ème} anniversaire	-
Garanties pour les agents contractuels bénéficiant d'une pension d'invalidité et Dispositif cible des fonctionnaires - régime applicable à compter de l'entrée en vigueur de la réforme relative à l'invalidité : Invalidité d'origine non professionnelle	1 ^{ère} catégorie	50 % de la rémunération	-
	2 ^{ème} catégorie	80 % de la rémunération	-
	3 ^{ème} catégorie	80 % de la rémunération + allocation tierce personne de 40 %	-
	-	Jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite	-
Décès (en complément des sommes versées par l'employeur ou la Sécurité sociale)			
Décès toutes causes		1 an de rémunération	-

(1) • Années 1 à 3 : maintien intégral du traitement statutaire = 100 % de la rémunération indiciaire.

• Années 4 et 5 : passage au demi-traitement statutaire = 50 % de la rémunération indiciaire, 0 % rémunération indemnitaire + complément MGEN, 30 % rémunération indiciaire + 80 % rémunération indemnitaire.

La rémunération mentionnée ci-dessus est :

- pour les fonctionnaires, le traitement et les primes et indemnités maintenues en congé de longue maladie,
- pour les agents contractuels de droit public ayant au moins 4 mois d'ancienneté, le traitement et les primes et indemnités maintenues en congé de grave maladie,
- pour les agents contractuels de droit privé et les agents contractuels de droit public de moins de 4 mois d'ancienneté, la rémunération brute des 12 derniers mois.

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

La couverture du délai de carence est exclue.

ANNEXE 2 : COTISATIONS

1. Cotisations au titre des garanties du socle interministériel

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération.

L'assiette de cotisations est définie à l'article 20 de la présente notice d'information.

1.1. Pour les agents exerçant en France

	En fonction de l'assiette de cotisations	Taux de taxe
Taux de cotisation incapacité	0,30%	14,00%
Taux de cotisation invalidité	0,30%	0,00%
Taux de cotisation décès	0,35%	0,00%
Total des cotisations au régime SOCLE	0,95%	

1.2. Pour les agents exerçant à l'étranger

	En fonction de l'assiette de cotisations	Taux de taxe
Taux de cotisation incapacité	0,26%	0,00%
Taux de cotisation invalidité	0,30%	0,00%
Taux de cotisation décès	0,35%	0,00%
Total des cotisations au régime SOCLE	0,91%	0,00%

2. Cotisations au titre de la garantie supplémentaire incapacité

2.1. Pour les agents exerçant en France

	En fonction de l'assiette de cotisations	Taux de taxe
Taux de cotisation de l'option incapacité	0,63%	14,00%

2.2. Pour les agents exerçant à l'étranger

	En fonction de l'assiette de cotisations	Taux de taxe
Taux de cotisation de l'option incapacité	0,55%	0,00%

MGEN

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité,
SIREN n° 775 685 399

Siège social : 3, square Max Hymans - 75748 Paris Cedex 15

MAGE, Mutuelle Autonome Générale de l'Education,

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité,
SIREN n° 343 030 037

Siège social : 43 rue Jaboulay 69007 Lyon

CNP Assurances

Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré

Entreprise régie par le Code des assurances

RCS Nanterre n° 341 737 062

Siège social : 4 Promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux

