

**DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION
CIVILE (DGAC) / MGAS**

**CONTRAT COLLECTIF A ADHESION
FACULTATIVE**

**PRÉVOYANCE
GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES
COMPLÉMENTAIRES ET
GARANTIES ADDITIONNELLES**

CONDITIONS GÉNÉRALES

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

PRÉAMBULE	4
CHAPITRE I.	DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF4
Article 1.	Nature et objet du Contrat4
Article 2.	Prise d'effet, durée et renouvellement du Contrat4
Article 3.	Engagements à droit constant et modification du Contrat.....5
Article 4.	Résiliation du Contrat5
a.	Résiliation par la Mutuelle.....5
b.	Résiliation par le Souscripteur5
c.	Effets de la résiliation6
Article 5.	Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi6
Article 6.	Obligations des parties6
a.	Obligations de la Mutuelle6
b.	Obligations du Souscripteur7
Article 7.	Territorialité du Contrat.....7
Article 8.	Définitions7
CHAPITRE II.	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF9
Article 9.	Droit d'adhésion.....9
Article 10.	Conditions et modalités d'adhésion9
a.	Adhésion effectuée dans les six (6) mois de l'ouverture du droit à adhérer9
b.	Adhésion demandée au-delà des six (6) mois de l'ouverture du droit à adhérer 9
c.	Adhésion des agents en situation d'arrêt de travail.....9
d.	Qualité de membre participant10
Article 11.	Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion10
a.	Prise d'effet de l'adhésion10
b.	Durée et renouvellement de l'adhésion10
Article 12.	Renonciation à l'adhésion individuelle11
Article 13.	Résiliation de l'adhésion individuelle11
CHAPITRE III.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES INTERMINISTERIELLES
COMPLÉMENTAIRES	13
Article 14.	Objet et nature des garanties13
Article 15.	Typologie des garanties.....13
Article 16.	Congé de longue maladie (CLM) et Congé de grave maladie (CGM)13
a.	Définition et objet de la garantie13
b.	Conditions de mise en œuvre de la garantie.....14
c.	Assiette et montant des prestations14
d.	Modalités de versement des prestations15
e.	Revalorisation15
f.	Terme du versement des prestations16
g.	Terme de la garantie.....16
Article 17.	Invalidité d'origine non professionnelle16
a.	Définition et objet de la garantie16
b.	Conditions de mise en œuvre de la garantie.....16
c.	Assiette et montant des prestations17
d.	Modalités de versement des prestations17
e.	Revalorisation18
f.	Terme du versement des prestations18
g.	Terme de la garantie.....19
Article 18.	Décès19
a.	Objet de la garantie19

b.	Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) du capital	19
c.	Montant des prestations	20
d.	Justificatifs et pièces à fournir	21
e.	Règlement du capital décès	21
f.	Revalorisation du capital	22
g.	Terme de la garantie	22
CHAPITRE IV.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES	23
Article 19.	Objet et nature des garanties	23
Article 20.	Typologie des garanties	23
CHAPITRE V.	DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES AUX GARANTIES	24
Article 21.	Suspension des garanties	24
Article 22.	Maintien des garanties	24
a.	Maintien des garanties en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat	24
b.	Maintien de la garanties décès en cas d'arrêt de travail	24
Article 23.	Cessation des garanties	24
Article 24.	Exclusions générales et particulières	25
CHAPITRE VI.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS	27
Article 25.	Taux et montant	27
Article 26.	Assiette	27
Article 27.	Modalités de paiement des cotisations	28
Article 28.	Défaut de paiement des cotisations	28
Article 29.	Révision des cotisations	28
CHAPITRE VII.	DISPOSITIONS RELATIVES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS	29
Article 30.	Déclaration des sinistres	29
Article 31.	Versement des prestations	29
Article 32.	Contrôles médicaux	29
CHAPITRE VIII.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	31
Article 33.	Accompagnement social	31
Article 34.	Prévention	31
Article 35.	Autres actions et prestations complémentaires	31
CHAPITRE IX.	DISPOSITIONS DIVERSES	32
Article 36.	Réticence ou fausse déclaration	32
Article 37.	Déchéance	32
Article 38.	Prescription	33
Article 39.	Réclamation	35
Article 40.	Médiation	35
Article 41.	Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties	36
Article 42.	Protection des données à caractère personnel	36
Article 43.	Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme 37	
Article 44.	Subrogation	37
Article 45.	Autorité de contrôle	38

PRÉAMBULE

Le Contrat se compose des parties suivantes :

- les Conditions Générales qui définissent notamment les obligations des Parties ainsi que les modalités d'application des garanties proposées,
- les Conditions Particulières qui comportent notamment la date d'effet du contrat, le calcul et le montant des cotisations, le niveau des garanties souscrites, les dérogations éventuelles aux conditions générales,
- leurs annexes et, le cas échéant, les avenants au Contrat,

En cas de discordance, les Conditions Particulières l'emportent sur les Conditions Générales.

En cas de discordance, les pièces et documents de consultation du marché public (y inclus l'acte d'engagement et ses annexes) l'emportent sur les Conditions Particulières et les Conditions Générales.

CHAPITRE I. DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF

Article 1. Nature et objet du Contrat

Le présent contrat est un contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion facultative (ci-après le « Contrat »).

Il a pour objet la mise en œuvre des garanties incapacité de travail (congé maladie ordinaire, congés de longue durée, congés de longue maladie et congés de grave maladie), invalidité d'origine non professionnelle, décès, perte totale et irréversible d'autonomie et frais d'obsèques.

Ces garanties sont mises en œuvre au bénéfice de tous les fonctionnaires civils de l'Etat, les agents contractuels de droit public les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévue par l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale, actifs employés et rémunérés par le Souscripteur ayant adhéré au présent Contrat selon les modalités définies dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières.

Le Contrat comporte les garanties «employeur», ou socle de garanties interministérielles complémentaires, définies par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat et par le décret n°2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat.

Ces garanties peuvent être complétées par des garanties additionnelles qui sont régies par le présent Contrat.

Article 2. Prise d'effet, durée et renouvellement du Contrat

LE CONTRAT PREND EFFET A LA DATE FIXEE AUX CONDITIONS PARTICULIERES.

SAUF STIPULATION CONTRAIRE, IL PREND EFFET AU 1^{ER} JANVIER DE L'EXERCICE ET PREND FIN AU 31 DÉCEMBRE QUI SUIVRA. IL SE RENOUVELLE ENSUITE PAR TACITE RECONDUCTION ET DE FAÇON ANNUELLE, JUSQU'À DÉNONCIATION OU FIN D'ATTRIBUTION DU MARCHÉ.

LORSQU'IL ENTRE EN VIGUEUR DANS LE COURANT DE L'ANNÉE, LE PREMIER EXERCICE PREND FIN AU 31 DÉCEMBRE SUIVANT ET LE CONTRAT SE RENOUVELLE AU 1^{ER} JANVIER QUI SUIV, EN SORTE QUE LE DEUXIÈME EXERCICE D'ASSURANCE CORRESPOND À LA NOUVELLE ANNÉE CIVILE.

Article 3. Engagements à droit constant et modification du Contrat

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

Il pourra également être révisé pour préserver son équilibre technique ou en fonction des prévisions d'évolution des sinistres. Aussi, il pourra être révisé en cas de modifications significatives du risque assuré, par exemple en cas de variation importante dans la démographie de la catégorie assurée.

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

La modification du Contrat liée à une révision du taux, de l'assiette ou du montant des cotisations est régie par le chapitre VI des présentes Conditions Générales.

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants, le Souscripteur est tenu d'informer chacun d'entre eux en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

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

Article 4. Résiliation du Contrat

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

a. Résiliation par la Mutuelle

Aux termes de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut résilier le Contrat tous les ans :

- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR) au Souscripteur,
- et en respectant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance annuelle, la date d'envoi de la lettre faisant foi.

La résiliation du Contrat intervient alors à la date d'échéance principale.

En outre, la Mutuelle peut résilier le Contrat en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies au chapitre VI des présentes Conditions Générales et aux Conditions Particulières.

b. Résiliation par le Souscripteur

Aux termes de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le Souscripteur peut également user d'un droit annuel de résiliation.

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

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

Les autres cas ou modalités de non-reconduction du marché par le Souscripteur sont signalés, le cas échéant, aux Conditions Particulières.

c. Effets de la résiliation

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

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

Conformément à l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, les prestations en cours de service à la date de changement d'organisme assureur continueront à être revalorisées sur la base du présent Contrat.

La résiliation des garanties interministérielles complémentaires entraîne automatiquement la résiliation du dispositif additionnel.

Article 5. Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi

La Mutuelle présente à la Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) instituée auprès du Souscripteur un bilan annuel sur les comptes du contrat de l'exercice précédent. L'échéance de présentation du bilan est déterminée dans les Conditions Particulières.

Le contenu de ce bilan est défini conformément au cahier des clauses techniques particulières (CCTP). Il présente notamment les effectifs, le coût total mensuel du financement des garanties pour l'ensemble des bénéficiaires (par type de garanties...), la mise en œuvre des mécanismes de solidarité. Il précise également l'analyse des résultats et, le cas échéant, les propositions d'évolution.

Article 6. Obligations des parties

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, les obligations des Parties relatives à la notice d'information sont les suivantes :

a. Obligations de la Mutuelle

La Mutuelle s'engage à :

- établir une notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et rappelant les délais et les causes d'interruption de la prescription,

- remettre au Souscripteur un exemplaire de celle-ci, de ses statuts et de son règlement intérieur institutionnel,
- en cas de modifications apportées aux droits et obligations des bénéficiaires, établir une nouvelle notice intégrant ces modifications et à en remettre un exemplaire aux Souscripteurs.

b. Obligations du Souscripteur

Le Souscripteur s'engage à :

- remettre à chacun des bénéficiaires, avant leur adhésion au Contrat, un exemplaire de la notice d'information établie par la Mutuelle ainsi qu'un exemplaire des statuts et du règlement intérieur institutionnel de la Mutuelle,
- les informer des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant la nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de ces documents et des informations relatives aux modifications apportées au Contrat incombe au Souscripteur.

Outre les obligations relatives à la notice d'information, le Souscripteur s'engage également à transmettre à la Mutuelle, dès qu'il en a connaissance, les informations suivantes :

- un état nominatif des agents actifs du Souscripteur (nom, prénoms, NIR, date de naissance, email professionnel ou personnel de l'agent),
- dans les trente (30) jours suivants l'évènement concerné, un état nominatif des entrées et sorties de personnel (embauche, suspension ou rupture du contrat de travail, décès, etc.),
- la rémunération perçue par les agents actifs du Souscripteur (traitement, indemnité de résidence, supplément familial de traitement, primes et indemnités diverses).

Cette gestion administrative est réalisée via la déclaration sociale nominative (DSN) mensuelle de la Fonction Publique d'Etat et le site Net-entreprises au standard NEODeS (Norme d'Echanges Optimisée des Données Sociales) en vigueur.

Si nécessaire, la liste des états à fournir par le Souscripteur peut être précisée et revue d'un commun accord entre les Parties.

Article 7. Territorialité du Contrat

Le Contrat et les garanties s'exercent en France Métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et dans les collectivités d'outre-mer (COM).

Article 8. Définitions

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

Bénéficiaires actifs : Les fonctionnaires civils de l'Etat, les agents contractuels de droit public les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévue à l'article

L.911-1 du Code de la sécurité sociale qui sont employés et rémunérés par le Souscripteur, dans les conditions définies par le second alinéa de l'article 17-1 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023.

Délai de stage (ou délai de carence) : Période unique qui court depuis le premier jour d'adhésion. Cette période ferme le droit à prestation pour tout sinistre trouvant sa date de survenance comprise entre la date de début d'adhésion et la fin de la période fixée dans le Conditions Particulières.

Membre Participant (ou adhérent) : Personne physique liée par une relation de travail avec le Souscripteur. En complétant et en signant le bulletin individuel d'adhésion, elle devient adhérente au Contrat, unique bénéficiaire des présentes garanties et membre participant de la Mutuelle.

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

Souscripteur (ou employeur) : Personne morale ayant souscrit au Contrat composé des Conditions Générales et des Conditions Particulières et employeur de l'adhérent personne physique.

CHAPITRE II. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 9. Droit d'adhésion

L'adhésion au présent Contrat est facultative.

Ont ainsi la possibilité d'adhérer l'ensemble des agents actifs employés et rémunérés par le Souscripteur tels que définis par l'article 2 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat.

Les catégories de bénéficiaires sont précisées dans les Conditions Particulières.

Article 10. Conditions et modalités d'adhésion

Sauf dispositions contraires ou complémentaires dans les Conditions Particulières, l'adhésion des agents au Contrat s'effectue selon les conditions et modalités fixées ci-après :

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

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

Les modalités de l'article 11 ci-après s'appliquent directement.

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

Passé le délai de six (6) mois précité, l'adhésion au Contrat pourra être subordonnée à une tarification différente, fondée sur un questionnaire médical, dans les conditions prévues aux Conditions Particulières. A la suite dudit questionnaire, l'adhésion peut faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

Les modalités de l'article 11 ci-après s'entendent alors à la condition que le postulant à l'adhésion accepte l'offre qui lui est faite.

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

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

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

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

- que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le certificat d'adhésion,

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

L'adhésion des personnels en congés liés à un arrêt de travail ou en mi-temps thérapeutique s'effectuera selon les modalités suivantes :

- elle pourra être subordonnée à une tarification différente, fondée sur un questionnaire médical et, le cas échéant, faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies,
- ils ne pourront demander leur adhésion au Contrat qu'à compter du 181^{ème} jour de reprise d'activité à temps complet.

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

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

d. Qualité de membre participant

En adhérant au Contrat, les agents acquièrent la qualité de Membres Participants de la Mutuelle. La représentation des Membres Participants à l'Assemblée Générale de la Mutuelle s'effectue dans les conditions prévues par les statuts et le règlement intérieur institutionnel de la Mutuelle.

Article 11. Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

a. Prise d'effet de l'adhésion

La date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat est fixée :

- par principe, au 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion,
- à défaut, à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

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

b. Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion du Membre participant au Contrat est valable jusqu'au 31 décembre à minuit de l'année d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties selon les modalités prévues par les présentes Conditions Générales.

Article 12. Renonciation à l'adhésion individuelle

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

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

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

Le bulletin individuel d'adhésion mis à leur disposition par la Mutuelle comporte les mentions obligatoires d'information prévues par les articles précités.

Article 13. Résiliation de l'adhésion individuelle

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

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

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

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.

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

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

La résiliation des garanties interministérielles complémentaires entraîne la résiliation automatique et systématique du dispositif additionnel.

PROJET

CHAPITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES INTERMINISTERIELLES COMPLÉMENTAIRES

Article 14. Objet et nature des garanties

Les garanties prévoyance mises en œuvre par le Contrat ont pour objet le versement d'une prestation en cas d'incapacité de travail (congé de maladie ordinaire, congés de longue durée, congés de longue maladie et congés de grave maladie), d'invalidité d'origine non professionnelle, de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et en matière de frais d'obsèques.

Le Contrat comporte les garanties «employeur», ou socle de garanties interministérielles complémentaires, définies par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat et par le décret n°2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat.

Ces garanties peuvent être complétées par des garanties additionnelles qui sont régies par le chapitre IV des présentes Conditions Générales et par les Conditions Particulières.

Article 15. Typologie des garanties

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

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

Ces garanties ne peuvent pas être souscrites indépendamment. Elles sont indissociables les unes des autres.

Article 16. Congé de longue maladie (CLM) et Congé de grave maladie (CGM)

a. Définition et objet de la garantie

La garantie CLM et CGM a pour objet le versement de prestations complémentaires à l'agent placé dans l'une des deux situations suivantes, avant l'entrée en jouissance de ses droits à la retraite :

- pour le fonctionnaire : en congé de longue maladie prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique,
- pour l'agent contractuel : en congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986.

En application de l'article L.822-6 du Code général de la fonction publique, le fonctionnaire en activité a droit à des congés de longue maladie, dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée.

En application de l'article 13 du décret du 17 janvier 1986, l'agent contractuel en activité et comptant au moins quatre (4) mois de service, atteint d'une affection dûment constatée, le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée bénéficie d'un congé de grave maladie pendant une période maximale de trois (3) ans.

b. Conditions de mise en œuvre de la garantie

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

Tout arrêt de travail intervenant moins de trente (30) jours après la reprise d'activité à la suite d'un précédent arrêt de travail, ne donnera pas lieu à l'application du délai de franchise le cas échéant prévu aux Conditions Particulières.

Les prestations sont dues à compter du jour où les indemnités versées par l'employeur ne garantissent plus le maintien de la rémunération brute du Membre participant, telle que définie à l'article 16. c. des présentes Conditions Générales.

c. Assiette et montant des prestations

Conformément aux dispositions de l'article 4 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024, la garantie CLM et CGM permet à l'agent de percevoir :

- 100 % de sa rémunération la première année,
- 80 % de sa rémunération la deuxième et la troisième année.

- Pour les fonctionnaires :

- l'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée du traitement indiciaire brut ainsi que des primes et indemnités maintenues pendant la durée du CLM,
- en revanche, sont exclues du calcul de l'assiette les éléments variables de rémunération qui sont suspendus en cas de CLM, tels que les indemnités liées à des fonctions spécifiques (telles que les heures supplémentaires, primes de performance, indemnités pour travaux supplémentaires).

- Pour les agents contractuels :

- l'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée de la rémunération de base contractuelle ainsi que les primes et indemnités dont le versement est maintenu pendant la durée du CGM,
- en revanche, sont exclues les indemnités et primes liées à l'exercice d'une activité effective qui ne sont pas maintenues en cas de CGM (notamment les primes de résultats ou de performance et les compléments de rémunération liés à des astreintes ou des missions exceptionnelles).

Les éléments de rémunération inclus ou exclus dans l'assiette sont définis conformément aux textes législatifs et réglementaires applicables, ainsi qu'aux conventions collectives ou circulaires internes de l'administration concernée.

La prestation est servie après déduction des sommes versées par l'employeur ou l'organisme de sécurité sociale. En aucun cas, les prestations versées en application du Contrat ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par le régime obligatoire et par tout autre organisme de prévoyance, ou à toute rémunération d'une activité à temps partiel ou prestation de l'assurance chômage, permettre au membre participant de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette annuelle qu'il aurait perçues s'il avait continué à travailler.

La couverture du délai de carence est exclue.

d. Modalités de versement des prestations

- Obligations du Membre Participant :

Pour faire valoir ses droits le Membre Participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces nécessaires, indiquées ci-dessous, pour le calcul des prestations.

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

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

- les arrêtés de congés de l'ensemble des périodes à plein et à demi-traitement ou l'arrêt de travail,
- le dernier bulletin de salaire précédent l'arrêt de congé pour les contractuels,
- les trois (3) derniers bulletins de salaire pour les agents gérés en sécurité sociale et non titulaires,
- le dernier bulletin de salaire à plein traitement et demi-traitement ou tout maintien de l'employeur,
- les décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pour les agents pris en charge par la Sécurité sociale,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- le formulaire de demande de prestations.

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, notamment dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 30 des présentes Conditions Générales.

e. Revalorisation

Une revalorisation des prestations Incapacité est appliquée, basée sur l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 3 % par an.

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

f. Terme du versement des prestations

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

- la date du jour de la reprise d'activité, même à temps partiel,
- la date de fin de l'indemnisation par l'employeur ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- la date de fin de droits au congé de longue maladie et/ou congé de grave maladie tel que prévu par le Contrat,
- la date de fin de l'état d'incapacité déterminée par le professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle,
- la date de la liquidation d'une pension d'invalidité,
- la date de liquidation de la pension de retraite, qu'elles que soient les conditions de ce passage en retraite (âge légal, taux plein, décote ou surcote, retraite progressive ou anticipée),

g. Terme de la garantie

La garantie prend fin à :

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

Article 17. Invalidité d'origine non professionnelle

a. Définition et objet de la garantie

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

- au fonctionnaire radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- à l'agent contractuel déclaré invalide à la suite d'une invalidité d'origine non professionnelle.

b. Conditions de mise en œuvre de la garantie

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

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

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

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

c. Assiette et montant des prestations

- Pour les fonctionnaires :

Conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024, la prestation invalidité est au moins égale à :

- 10 % de la rémunération constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues en congé de longue maladie, hors majoration pour tierce personne,
- sous réserve que l'ensemble des sommes perçues ne dépasse pas 80 % de cette rémunération.

L'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues en congé de longue maladie.

- Pour les agents contractuels :

Conformément aux dispositions de l'article 6 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024, la prestation invalidité est au moins égale à :

- 50 % de sa rémunération pour une invalidité de première catégorie définie au 1° de l'article L.341-4 du Code de la sécurité sociale,
- 80 % de sa rémunération pour une invalidité de deuxième catégorie définie au 2° du même article,
- 80 % de sa rémunération pour une invalidité de troisième catégorie définie au 3° du même article, hors majoration de 40 % pour tierce personne.

L'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues aux agents contractuels en congé de grave maladie.

Pour ces derniers, la prestation est servie après déduction des sommes versées par l'organisme de sécurité sociale.

En aucun cas, les prestations versées en application du Contrat ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par le régime obligatoire et par tout autre organisme de prévoyance, ou à toute rémunération y compris d'une activité à temps partiel ou prestation de l'assurance chômage, permettre au membre participant de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette annuelle qu'il aurait perçues s'il avait continué à travailler.

La couverture du délai de carence est exclue.

d. Modalités de versement des prestations

- Obligations du Membre Participant :

Pour faire valoir ses droits le Membre Participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces nécessaires, indiquées ci-dessous, pour le calcul des prestations.

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

- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- la notification de mise en retraite pour invalidité de l'Administration ou de mise en invalidité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou l'arrêté de disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- le cas échéant une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne,
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'invalidité, de la Sécurité sociale, ou de tout autre organisme de prévoyance,
- les bulletins de salaire faisant apparaître la prestation compensatoire versée par l'Administration,
- pour les fonctionnaires, les bulletins de paiement de la pension de retraite,
- le cas échéant, un certificat médical d'inaptitude définitive à l'exercice de son activité professionnelle, ou un certificat médical précisant la (les) pathologie(s) à l'origine d'invalidité, la date de première constatation médicale et les hospitalisations et/ou arrêts de travail en lien avec cette (ces) affection(s). Ce document devra être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle,
- les derniers bulletins de paie du membre participant devant servir de base au calcul des prestations.

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, notamment dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 30 des présentes Conditions Générales.

e. Revalorisation

Une revalorisation des prestations invalidité est appliquée, basée sur l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 3 % par an.

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

f. Terme du versement des prestations

Le versement de la rente cesse :

- le jour de la reprise d'activité, même à temps partiel,
- le jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité,
- la date de fin de l'état d'invalidité déterminée par le professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle,
- dès que les ressources prises en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieures au niveau global de la garantie,

- pour les fonctionnaires : à l'âge visé aux articles L.556-1 et suivants du Code général de la fonction publique,
- pour les agents contractuels : à l'âge visé à l'article L.351-1-5 du Code de la Sécurité sociale,

g. Terme de la garantie

La garantie prend fin :

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

Article 18. Décès

a. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement au(x) bénéficiaire(s) , désignés selon les modalités ci-après, d'un capital en cas de décès du Membre Participant survenant avant l'entrée en jouissance de ses droits à la retraite.

b. Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) du capital

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s) par le Membre Participant sur le bulletin d'adhésion individuel.

À défaut de désignation expresse ou en cas de renonciation ou de décès antérieur à celui de l'adhérent de tous les bénéficiaires désignés, les prestations sont versées aux ayants droit par ordre de priorité défini ci-dessous :

- au conjoint survivant ni divorcé ni séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, au partenaire ou au concubin notoire l'adhérent,
- à défaut, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1^{er} degré de l'assuré, et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'adhérent, conformément aux principes du droit des successions.

L'adhérent peut opter pour une désignation expresse. Cette désignation doit alors être obligatoirement effectuée par voie manuscrite en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaires remis lors de l'adhésion au Contrat et disponible à tout moment sur simple demande auprès de la Mutuelle.

La désignation peut être effectuée sur papier libre, 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 de naissance, lieu de naissance et dernière adresse fiscale.

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

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

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

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

c. Montant des prestations

Conformément aux dispositions de l'article 7 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024, le montant du capital décès est égal :

- Pour les fonctionnaires :

- au montant de la rémunération brute du fonctionnaire décédé au cours des douze (12) derniers mois dans les conditions suivantes :
 - o la rémunération comprend le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les primes et indemnités instituées par une disposition législative ou réglementaire,
 - o ce montant est au moins égal à quatre (4) fois le montant mentionné à l'article D.361-1 du Code de la sécurité sociale,
 - o le traitement à prendre en considération est celui afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire le jour de son décès,
- lorsque le fonctionnaire décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un (1) an au jour de son décès, la rémunération de référence servant au calcul des montants mentionnés précédemment correspond à la rémunération à laquelle aurait eu droit le fonctionnaire s'il avait accompli un (1) an de services.

- Pour les agents contractuels :

- au montant des douze (12) derniers mois de rémunération brute de l'intéressé,
- lorsque le décès survient à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, d'un attentat, d'une attaque en lien avec le service ou en raison de sa fonction, d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, le montant de ce capital est égal à trois fois la rémunération annuelle brute,

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

d. Justificatifs et pièces à fournir

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

- extrait d'acte de décès,
- photocopie du livret de famille dans sa totalité,
- des photocopies des bulletins de paie des douze (12) derniers mois précédant le décès,
- justificatifs de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires ; le cas échéant, toute pièce justifiant soit le lien conjugal, soit le concubinage (certificat de vie commune ou de concubinage, au moins deux (2) témoignages, déclarations sur l'honneur, justificatifs de domicile communs) soit le Pacs (copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, extrait d'acte de naissance mentionnant le Pacs) soit la qualité d'enfant ou d'héritier,
- toutes autres pièces ou justificatifs mentionnés sur le formulaire de demande de capital.

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

e. 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 un (1) mois, les capitaux garantis au(x) bénéficiaire(s).

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 (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) 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 (2) taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze (12) 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.

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

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

f. Revalorisation du capital

Une revalorisation des prestations décès est appliquée, basée sur l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 3 % par an.

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

g. Terme de la garantie

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

Elle cesse en conséquence :

- dès lors que l'adhérent cesse son activité en cas d'admission à faire valoir ses droits à la retraite,
- en tout état de cause, à l'âge légal de départ à la retraite de l'adhérent tel que déterminé par l'article L.161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

La garantie prend fin dès lors que l'adhérent résilie son adhésion ou que le Contrat est résilié.

CHAPITRE IV. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 19. Objet et nature des garanties

Les garanties additionnelles prévoyance mises en œuvre par le Contrat ont pour objet le versement d'une prestation en cas d'incapacité de travail (congé de maladie ordinaire, congé de longue durée, congé de longue maladie et congé de grave maladie), d'invalidité d'origine non professionnelle, de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et en matière de frais d'obsèques.

Ces garanties additionnelles viennent compléter :

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

Article 20. Typologie des garanties

Lors de leur adhésion au Contrat, les Membres Participants sont couverts au titre des garanties additionnelles telles que définies au sein des Conditions Particulières.

Les modalités de versement de ces prestations sont définies par les Conditions Particulières.

CHAPITRE V. DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES AUX GARANTIES

Article 21. Suspension des garanties

Les garanties du Contrat sont suspendues en cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions fixées par l'article 25 des présentes Conditions Générales et conformément au II. de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité.

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

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

Les garanties du Contrat sont également suspendues pour les agents placés en position interruptive de rémunération par un employeur public, notamment en disponibilité ou en congé parental.

La suspension des garanties dure et s'achève jusqu'au jour de leur réintégration s'agissant des garanties Congé de longue durée et Congé de grave maladie et Invalidité.

Article 22. Maintien des garanties

a. Maintien des garanties en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », en cas de résiliation ou de non-renouvellement du ou des contrats collectifs (y compris du marché au titre duquel lesdits contrats ont été conclus), le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant leur exécution se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement.

Les prestations en cours de service à la date de changement d'organisme assureur, continueront à être revalorisées sur la base du contrat.

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

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

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

Article 23. Cessation des garanties

Les garanties cessent leurs effets définitivement :

- à la date de prise d'effet de la demande de résiliation de l'adhésion individuelle par l'adhérent,
- à la date à laquelle le Membre Participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier du Contrat,
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 28 des présentes Conditions Générales,

CONDITIONS GÉNÉRALES PRÉVOYANCE | GARANTIES INTERMIN. COMPLÉMENTAIRES ET GARANTIES ADDITIONNELLES

- à la date du décès du Membre Participant,
- à la date à laquelle le Membre Participant cesse d'être employé et rémunéré par le Souscripteur,
- à la date de résiliation du Contrat par l'une ou l'autre des Parties selon les conditions et modalités fixées par l'article 4 des présentes Conditions Générales.

Article 24. Exclusions générales et particulières

SONT EXCLUES ET NE DONNENT LIEU À AUCUN PAIEMENT LES CONSÉQUENCES :

- DE FAITS DE GUERRES ÉTRANGÈRES LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGÉRANTE ,
- DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, D'ATTENTAT, D'ACTE DE TERRORISME, D'ÉMEUTE, D'INSURRECTION, QUEL QUE SOIT LE LIEU OÙ SE DÉROULENT CES ÉVÉNEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, DÈS LORS QUE LE MEMBRE PARTICIPANT Y PREND UNE PART ACTIVE DANS UN CADRE EXTRA- PROFESSIONNEL,
- D'UN DÉPLACEMENT OU D'UN SÉJOUR DANS UNE RÉGION FORMELLEMENT DÉCONSEILLÉE PAR LE MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. POUR LE MEMBRE PARTICIPANT DÉJÀ PRÉSENT DANS CETTE ZONE, AU MOMENT DE L'INSCRIPTION DU PAYS DANS LA ZONE, L'EXCLUSION S'APPLIQUE AU TERME D'UN DÉLAI DE QUATORZE JOURS,
- DU FAIT INTENTIONNELLEMENT CAUSÉ OU PROVOQUÉ PAR LE MEMBRE PARTICIPANT (À L'EXCEPTION DU SEUL RISQUE DÉCÈS OÙ LES DISPOSITIONS APPLICABLES FIGURENT AU DERNIER PARAGRAPHE DU PRÉSENT ARTICLE),
- DE MUTILATIONS VOLONTAIRES, DU REFUS DE SE SOIGNER AU SENS DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN CAS DE BLESSURES OU MALADIES,
- DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DÉGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOME,
- DE LA PARTICIPATION À DES PARIS, DÉFIS, TENTATIVES DE RECORDS SAUF LORSQU'ILS SONT RÉALISÉS DANS LE CADRE D'UNE COURSE OU COMPÉTITION SPORTIVES QUI NÉCESSITENT AU PRÉALABLE UNE AUTORISATION ADMINISTRATIVE OU SONT SOUMISE À UNE OBLIGATION D'ASSURANCE LÉGALE ET QUE LADITE AUTORISATION A ÉTÉ OBTENUE, ET L'OBLIGATIONS RESPECTÉE,
- DE LA PRATIQUE D'UN SPORT À TITRE PROFESSIONNEL,
- DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITÉ ET POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSÈDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDE,
- DE VOLS SUR AILES VOLANTES, PLANEUR, ULM, PARAPENTE, SAUTS À L'ÉLASTIQUE OU EN PARACHUTE, SAUF SI CES PRATIQUES ONT ÉTÉ ENCADRÉES LORS D'UNE INITIATION, D'UN BAPTÊME OU D'UNE DÉCOUVERTE ET QUE LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ A FAIT L'OBJET D'UN ENCADREMENT PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ TITULAIRE DES BREVETS ET AUTORISATIONS NÉCESSAIRES À UN TEL ENCADREMENT,
- DE COURSES MOTOCYCLISTES ET AUTOMOBILES,
- D'ACTIVITÉ SPORTIVE PRATiquÉE SANS RESPECTER LES RÈGLES DE SÉCURITÉ RECOMMANDÉES PAR LA FÉDÉRATION DU SPORT CORRESPONDANT À L'ACTIVITÉ,
- D'USAGE DE STUPÉFIANTS, DROGUES NON AUTORISÉES,

**CONDITIONS GÉNÉRALES PRÉVOYANCE | GARANTIES INTERMIN. COMPLÉMENTAIRES ET
GARANTIES ADDITIONNELLES**

- D'USAGE DE PRODUITS TOXIQUES, C'EST-A-DIRE DE SUBSTANCES ET PRÉPARATIONS QUI, PAR INHALATION, INGESTION OU PÉNÉTRATION CUTANÉE, PEUVENT SOIT ENTRAÎNER LA MORT OU NUIRE À LA SANTÉ DE MANIÈRE AIGUË OU CHRONIQUE SOIT PRODUIRE OU AUGMENTER LA FRÉQUENCE D'EFFETS NOCIFS NON HÉRÉDITAIRES DANS LA PROGENITURE OU PORTER ATTEINTE AUX FONCTIONS OU CAPACITÉS REPRODUCTIVES,
- D'INGESTION DE MÉDICAMENTS NON PRESCRITS PAR UN MÉDECIN OU ABSORBÉS ABUSIVEMENT, (DÉPASSEMENT DES DOSES QUOTIDIENNES MENTIONNÉES SUR LA NOTICE),
- D'ACCIDENTS DONT EST VICTIME LE MEMBRE PARTICIPANT ALORS QU'IL SE TROUVE AVEC UN TAUX D'ALCOOLÉMIE SUPÉRIEUR OU ÉGAL AU TAUX FIXÉ PAR LA RÉGLEMENTATION AU JOUR DE L'ACCIDENT, LORSQUE SA RESPONSABILITÉ EST ENGAGÉE.

EN CE QUI CONCERNE LA GARANTIE « DÉCÈS », OUTRE LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES PRÉCITÉES CI, SONT ÉGALEMENT EXCLUS LES CAS SUIVANTS :

- LE SUICIDE OU LE FAIT INTENTIONNEL DU MEMBRE PARTICIPANT PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE SUIVANT L'ADHÉSION AU CONTRAT,
- LE MEURTRE COMMIS PAR UN BÉNÉFICIAIRE DU CAPITAL DÉCÈS OU FRAIS D'OBSÈQUES SUR LA PERSONNE DE L'ASSURÉ, DÈS LORS QUE CE BÉNÉFICIAIRE A ÉTÉ CONDAMNÉ, AUQUEL CAS AUCUNE SOMME N'EST DUE À CE BÉNÉFICIAIRE, LE CONTRAT PRODUISANT SES EFFETS À L'ÉGARD DES AUTRES BÉNÉFICIAIRES.

EN CE QUI CONCERNE LA GARANTIE « CONGE DE LONGUE MALADIE ET CONGE DE GRAVE MALADIE » ET LA GARANTIE « INVALIDITÉ D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE », OUTRE LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES PRÉCITÉES CI, SONT ÉGALEMENT EXCLUS LES CAS SUIVANTS :

- LES ACCIDENTS ET MALADIES QUI RESULTENT OU SONT LA CONSÉQUENCE DU FAIT VOLONTAIRE DU MEMBRE PARTICIPANT ET CEUX QUI RESULTENT DE TENTATIVES DE SUICIDE OU MUTILATIONS VOLONTAIRES.

CHAPITRE VI. DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

Article 25. Taux et montant

Les taux et le montant des cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières.

Les cotisations sont libellées en euros et leur montant est fixé selon les modalités précisées aux Conditions Particulières. Elles incluent l'ensemble des taxes et frais de gestion et d'acquisition.

Les taux et le montant des cotisations sont révisables à chaque échéance annuelle selon les modalités fixées par les articles 3 et 29 des présentes Conditions Générales.

Les garanties mises en œuvre par le Contrat font l'objet d'une cotisation distincte de celles des garanties optionnelles.

Article 26. Assiette

a. Garanties Incapacité de travail

La rémunération de référence servant d'assiette au calcul des cotisations est pour les fonctionnaires et les agents contractuels est celle mentionnée à l'article 4 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat, à savoir :

- pour les fonctionnaires : le dernier traitement indiciaire brut mensuel, ainsi que les dernières primes et indemnités brutes mensuelles maintenues en congé de longue maladie (CLM),
- pour les agents contractuels de droit public et de droit privé : la dernière rémunération mensuelle brute maintenue en congé de grave maladie (CGM).

b. Garantie Invalidité d'origine non professionnelle

La rémunération de référence servant d'assiette au calcul des cotisations est pour les fonctionnaires celle mentionnée à l'article 4 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024, et pour les agents contractuels celle mentionnée à l'article 6 du même décret, à savoir :

- pour les fonctionnaires : le dernier traitement indiciaire brut mensuel, ainsi que les dernières primes et indemnités brutes mensuelles maintenues en congé de longue maladie (CLM),
- pour les agents contractuels de droit public et de droit privé : la dernière rémunération mensuelle brute maintenue en congé de grave maladie (CGM).

c. Garantie Décès

En ce qui concerne le risque décès, la rémunération de référence servant au calcul des cotisations est pour les fonctionnaires et les agents contractuels celle mentionnée à l'article 7 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024, à savoir :

- pour les fonctionnaires : la dernière rémunération mensuelle brute, telle que définie à l'article L. 712-1 du Code général de la fonction publique,
- pour les agents contractuels : la dernière rémunération mensuelle brute du membre participant.

Article 27. Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations font l'objet d'un acquittement par l'adhérent directement auprès de la Mutuelle.

Les modalités et la périodicité du paiement retenues sont définies par les Conditions Particulières.

Article 28. Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

Article 29. Révision des cotisations

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

- selon les modalités définies par les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières,
- conformément aux dispositions de l'article 15 du décret 2024-678 du 4 juillet 2024.

En application de l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, toute modification des montants de cotisations fait l'objet d'un avenant au contrat signé par la Mutuelle et par le Souscripteur.

CHAPITRE VII. DISPOSITIONS RELATIVES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 30. Déclaration des sinistres

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

- par mail à l'adresse ci-après : prevoyance@mgas.fr,
- par papier à l'adresse suivante : MGAS Service Prévoyance – 96 Avenue de Suffren – 75730 PARIS CEDEX 15,
- sur l'espace adhérent mis à la disposition des Membres Participants par la Mutuelle.

La demande pour être recevable doit contenir le formulaire de demande, les justificatifs inscrits sur le formulaire ainsi que toute pièce utile à l'appui de la demande.

Les documents à caractère confidentiel doivent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la Mutuelle à l'adresse susmentionnée.

Article 31. Versement des prestations

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

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

La Mutuelle se réserve le droit de solliciter les informations complémentaires qu'elle jugera nécessaires et de procéder à des contrôles médicaux, conformément à l'article 30 des présentes Conditions Générales.

Les modalités, durées et délais de versement des prestations sont précisés dans les Conditions Particulières.

Article 32. Contrôles médicaux

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical tout Membre Participant ayant bénéficié d'un versement de prestations prévoyance au titre du présent Contrat ou qui demande à bénéficier d'une prestation par la désignation d'un professionnel de santé expert ou de toute personne habilitée que la Mutuelle désignera.

Ce contrôle peut s'exercer sur production de pièces justificatives. Ainsi, outre les pièces visées le cas échéant aux Conditions Particulières, et celles mentionnées aux présentes Conditions Générales, la Mutuelle pourra demander tous renseignements ou tous documents complémentaires :

- à réception de toute demande déclaration de sinistre,
- lors de l'instruction d'un sinistre.

Ce contrôle peut également s'exercer par la réalisation d'une expertise médicale. Le Membre Participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix lors de cet examen. Les honoraires du professionnel de santé expert qui réalise ce contrôle sont pris en charge par la Mutuelle.

CONDITIONS GÉNÉRALES PRÉVOYANCE | GARANTIES INTERMIN. COMPLÉMENTAIRES ET GARANTIES ADDITIONNELLES

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements médicaux seront remis, par le Membre Participant, sous pli confidentiel à l'attention du professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

En cas de refus de se soumettre ou de se présenter à cette expertise médicale, la Mutuelle adresse une mise en demeure au dernier domicile connu de l'adhérent. En cas de persistance du refus, passé un délai de dix (10) jours, les prestations sont alors suspendues.

Les conclusions de la Mutuelle et, en présence d'un contrôle mené par un professionnel de santé, les conclusions de ce contrôle, sont notifiées au participant par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent fonder un refus de la prise en charge sollicitée ou à une interruption de la prise en charge par la Mutuelle ou fonder une demande de remboursement des prestations versées. Dans l'hypothèse où des prestations auraient été versées à tort, l'adhérent s'engage à les rembourser sans délai à la Mutuelle.

Le Membre Participant peut contester ces conclusions en adressant à la Mutuelle (sous pli confidentiel, avec la mention « Secret médical » à l'attention du professionnel de santé expert en cas d'envoi de pièces ou renseignements médicaux), dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification des conclusions, une lettre recommandée avec accusé de réception exposant l'ensemble des moyens à l'appui de sa contestation.

Il peut ainsi adresser les conclusions en réponse du médecin qui le représente. Ces conclusions doivent détailler l'évolution de l'état de santé de l'adhérent depuis le jour du dernier contrôle médical effectué par le médecin de la Mutuelle.

En cas de désaccord entre le médecin du Membre Participant et celui de la Mutuelle, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin. Ils rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'adhérent. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. A défaut d'accord entre les deux praticiens, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal compétent du domicile du participant.

Chaque partie prend à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'il a désigné. Ceux relatifs à l'arbitrage fait par le troisième médecin sont supportés par moitié.

En cas de refus du Membre Participant de répondre aux demandes de justifications complémentaires de la Mutuelle et/ou de se soumettre au contrôle, le paiement des prestations concernées seront suspendues.

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

CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Outre les garanties complémentaires en prévoyance, la Mutuelle met œuvre au bénéfice des personnes physiques protégées par le Contrat des actions et des prestations complémentaires.

Article 33. Accompagnement social

Le cas échéant, la Mutuelle met en œuvre les prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires selon les termes de l'accord collectif conclu par le Souscripteur et les organisations syndicales représentatives en application de l'article L.222-5 du Code général de la fonction publique.

Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à la mise en place du dispositif et selon les termes de l'accord collectif.

Ces prestations sont attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

Les critères et modalités d'attribution de ces prestations seront déterminées par la CPPS.

Article 34. Prévention

La Mutuelle met en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé à destination de l'ensemble des bénéficiaires du Contrat.

Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur doit mettre en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail.

Elles sont prises en charge intégralement par la Mutuelle et sont ciblées sur des thématiques prioritaires qui auront été examinées par la CPPS.

Elles sont énumérées dans les Conditions Particulières.

Article 35. Autres actions et prestations complémentaires

Le cas échéant, les autres actions et prestations complémentaires mises en œuvre par la Mutuelle dans le cadre du Contrat sont détaillées dans les Conditions Particulières.

CHAPITRE IX. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 36. Réticence ou fausse déclaration

LES CONDITIONS DU CONTRAT SONT BASEES SUR LES DECLARATIONS TRANSMISES PAR LE SOUSCRIPTEUR ET LES MEMBRES PARTICIPANTS.

TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ENTRAINE L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITE AINSI QUE LA NULLITE DE L'ADHESION.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, LA GARANTIE ACCORDEE PAR LA MUTUELLE EST NULLE EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE, QUAND CETTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR LA MUTUELLE ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE.

LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A LA MUTUELLE QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS.

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

Article 37. Déchéance

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

LA MUTUELLE EFFECTUE, PREALABLEMENT OU POSTERIEUREMENT AU VERSEMENT DES PRESTATIONS, TOUTE ENQUETE QU'ELLE JUGE NECESSAIRE ET PEUT SOLLICITER, DANS UN SOUCI D'AUTHENTIFICATION AUPRES DE SES ADHERENTS, LA COMMUNICATION DE PIECES JUSTIFICATIVES, LESQUELLES SERONT SUJETTES A VERIFICATION.

DANS LE CAS D'UNE SUSPICION DE DOCUMENT FRAUDULEUX, LA MUTUELLE SE RESERVE LA FACULTE, DURANT UNE PERIODE QUI NE PEUT EXCEDER QUINZE (15) JOURS, DE SUSPENDRE OU D'INTERROMPRE LE VERSEMENT DE LA PRESTATION AFIN D'EFFECTUER LES VERIFICATIONS APPROPRIEES ET/OU DANS L'ATTENTE DES JUSTIFICATIFS DEMANDES AUPRES DES DIVERS INTERVENANTS : BENEFICIAIRE(S), PROFESSIONNEL(S) DE SANTE, INTERLOCUTEURS DU REGIME OBLIGATOIRE. LA MUTUELLE ADRESSERA, LE CAS ECHEANT, UN COURRIER DE NOTIFICATION AU BENEFICIAIRE.

SI LE BENEFICIAIRE NE TRANSMET PAS LES JUSTIFICATIFS SOLLICITES DANS LE DELAI CI-DESSUS OU SI OU LES ELEMENTS TRANSMIS OU UTILISES SE REVELAIENT ERRONES, FABRIQUES ET/OU FALSIFIES, LA MUTUELLE REFUSERA OU ANNULERA LE PAIEMENT DE LA PRESTATION.

DANS LES CAS VISES AU PARAGRAPHE SUPRA, LA MUTUELLE NOTIFIE AU BENEFICIAIRE, PAR L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, LA DECHEANCE A INDEMNISATION, ET LUI RAPPELLE QU'ELLE A LA POSSIBILITE D'ENGAGER DES POURSUITES PENALES A L'ENCONTRE

DE TOUT BENEFICIAIRE AUTEUR OU COMPLICE DE FRAUDE POUR DES FAITS D'ESCROQUERIE, DE TENTATIVE D'ESCROQUERIE, DE FAUX, D'USAGE DE FAUX NOTAMMENT.

Article 38. Prescription

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.221-11 DU CODE DE LA MUTUALITE, TOUTES ACTIONS DERIVANT DU CONTRAT SONT PRESCRITES PAR DEUX ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE.

TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :

- EN CAS DE RETICENCE, OMISSION, DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OU LA MUTUELLE EN A EU CONNAISSANCE,
- EN CAS DE REALISATION DU RISQUE, QU'A COMPTER DU JOUR OU LES INTERESSES EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORE JUSQUE-LÀ.

QUAND L'ACTION DU MEMBRE PARTICIPANT, DU BENEFICIAIRE OU DE L'AYANT DROIT CONTRE LA MUTUELLE OU L'UNION A POUR CAUSE LE RECOURS D'UN TIERS, LE DELAI DE PRESCRIPTION NE COURT QUE DU JOUR OU CE TIERS A EXERCE UNE ACTION EN JUSTICE CONTRE LE MEMBRE PARTICIPANT OU L'AYANT DROIT, OU A ETE INDEMNISE PAR CELUI-CI.

DANS LE CADRE DES OPERATIONS COLLECTIVES, LA PRESCRIPTION EST PORTEE A CINQ (5) ANS EN CE QUI CONCERNE L'INCAPACITE DE TRAVAIL.

LA PRESCRIPTION EST PORTEE A DIX (10) ANS LORSQUE, POUR LES OPERATIONS SUR LA VIE ET DE CAPITALISATION, LE BENEFICIAIRE N'EST PAS LE MEMBRE PARTICIPANT ET, DANS LES OPERATIONS RELATIVES AUX ACCIDENTS ATTEIGNANT LES PERSONNES, LORSQUE LES BENEFICIAIRES SONT LES AYANTS DROIT DU MEMBRE PARTICIPANT DECEDE.

POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE, NONOBTANT LES DISPOSITIONS DU PRECEDENT PARAGRAPHE, LES ACTIONS DU BENEFICIAIRE SONT PRESCRITES AU PLUS TARD TRENTE ANS (30) A COMPTER DU DECES DU MEMBRE PARTICIPANT.

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.221-12 DU CODE DE LA MUTUALITE, LA PRESCRIPTION PEUT ETRE INTERROMPUE PAR UNE DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DEFINIES AUX ARTICLES 2240 A 2246 DU CODE CIVIL.

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

- LA RECONNAISSANCE PAR LE DEBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT (ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL),
- L'EXERCICE D'UNE ACTION EN JUSTICE, MEME EN REFERE, Y COMPRIS LORSQUE L'ACTION EST PORTEE DEVANT UNE JURIDICTION INCOMPETENTE OU LORSQUE L'ACTE DE SAISINE DE LA JURIDICTION EST ANNULE PAR L'EFFET D'UN VICE DE PROCEDURE (ARTICLE 2241 A 2243 DU CODE CIVIL),
- UNE MESURE CONSERVATOIRE PRISE EN APPLICATION DU CODE DES PROCEDURES CIVILES D'EXECUTION OU ACTE D'EXECUTION FORCEE (COMMANDEMENT DE PAYER, SAISIE, ...) (ARTICLE 2444 DU CODE CIVIL),

**CONDITIONS GÉNÉRALES PRÉVOYANCE | GARANTIES INTERMIN. COMPLÉMENTAIRES ET
GARANTIES ADDITIONNELLES**

- L'INTERPELLATION FAITE A L'UN DES DEBITEURS SOLIDAIRES PAR UNE DEMANDE EN JUSTICE OU PAR UN ACTE D'EXECUTION FORCEE OU LA RECONNAISSANCE PAR LE DEBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT, A NOTER QUE L'INTERPELLATION FAITE A L'UN DES HERITIERS D'UN DEBITEUR SOLIDAIRE OU LA RECONNAISSANCE DE CET HERITER N'INTERROMPT LE DELAI DE PRESCRIPTION QUE POUR LA PART DE CET HERITIER (ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE AU DEBITEUR PRINCIPAL OU SA RECONNAISSANCE POUR LES CAS DE PRESCRIPTION APPLICABLES AUX CAUTIONS (ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL).

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RESULTER DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE OU D'UN ENVOI RECOMMANDE ELECTRONIQUE, AVEC ACCUSE DE RECEPTION ADRESSE PAR LA MUTUELLE AU MEMBRE PARTICIPANT, EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA COTISATION, ET PAR LE MEMBRE PARTICIPANT, LE BENEFICIAIRE OU L'AYANT DROIT A LA MUTUELLE, EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE L'INDEMNITE.

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

AINSI, ELLE NE COURT PAS A L'EGARD :

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

ELLE NE COURT PAS OU EST SUSPENDUE :

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

ELLE EST SUSPENDUE :

- A COMPTER DU JOUR OU, APRES LA SURVENANCE D'UN LITIGE, LES PARTIES CONVIENNENT DE RECOURIR A LA MEDIATION OU A LA CONCILIATION OU, A DEFAUT D'ACCORD ECRIT, A COMPTER DU JOUR DE LA PREMIERE REUNION DE MEDIATION OU DE CONCILIATION,

LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS, A COMPTER DE LA DATE A LAQUELLE SOIT L'UNE DES PARTIES OU LES DEUX, SOIT LE MEDIATEUR OU LE CONCILIEUR DECLARENT QUE LA MEDIATION OU LA CONCILIATION EST TERMINEE.
- A COMPTER DE LA CONCLUSION D'UNE CONVENTION DE PROCEDURE PARTICIPATIVE OU A COMPTER DE L'ACCORD DU DEBITEUR CONSTATE PAR L'HUISSIER DE JUSTICE POUR PARTICIPER A LA PROCEDURE PREVUE A L'ARTICLE L.125-1 DU CODE DES PROCEDURES CIVILES D'EXECUTION,

LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR A COMPTER DU TERME DE LA CONVENTION, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS.

EN CAS D'ECHEC DE LA PROCEDURE, IL RECOMMENCE A COURIR A COMPTER DE LA DATE DU REFUS DU DEBITEUR, CONSTATE PAR L'HUISSIER, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS.

- LORSQUE LE JUGE FAIT DROIT A UNE DEMANDE DE MESURE D'INSTRUCTION PRESENTTEE AVANT TOUT PROCES,

LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS, A COMPTER DU JOUR OU LA MESURE A ETE EXECUTEE.

Article 39. Réclamation

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle soit par oral soit par écrit dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

- Par courrier à l'adresse suivante : MGAS – Réclamation, TSA 30129, 37206 Tours Cedex,
- Par courriel : relation.adherents@mgas.fr

Une réclamation peut également être formulée par oral lors de l'accueil physique du réclamant ou lors d'un appel téléphonique au 01 44 10 55 55.

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

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

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

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

Article 40. Médiation

Le médiateur dont relève la Mutuelle est le Médiateur de la FNMF.

Ce médiateur peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes soit :

- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS cedex 15
- Par dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Un litige ne peut être examiné par le médiateur lorsque :

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

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

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

Article 41. Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties

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

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

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

Article 42. Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle est désignée responsable du traitement des données à caractère personnel des bénéficiaires du Contrat.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, la Mutuelle s'engage à la protection des données à caractère personnel.

Dans ce cadre, elle a élaboré une Charte « Vie privée » qui précise :

- ses engagements,
- les informations relatives au responsable de traitement et partenaires,
- les traitements effectués,

- les fondements et les finalités de ces traitements,
- les catégories de données concernées,
- les types de sources et les destinataires,
- les principes de conservation,
- les particularités,
- la liste et les modalités d'exercice des différents droits,
- les choix possibles, en particulier en matière de consentement et de gestion des traceurs.

La charte « Vie privée » est accessible et téléchargeable depuis le lien suivant <https://mgas.fr/charte-vie-privee> ou adressée par voie postale sur simple demande auprès de la Mutuelle.

La notice d'information établie par la Mutuelle et remise à chaque bénéficiaire par le Souscripteur détaille :

- les fondements et les finalités du traitement des données,
- leur durée de conservation,
- les coordonnées du délégué à la protection des données ou *data protection officer* (DPO) de la Mutuelle,
- les destinataires des données,
- ainsi que la faculté d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Article 43. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès du Souscripteur et des Membres Participants la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés).

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie.

La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela contreviendrait à la réglementation voire exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Article 44. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au bénéficiaire contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

Article 45. Autorité de contrôle

Conformément au Code de la Mutualité, la MGAS est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest – CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09.