



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

Article 31 - Revalorisation du capital .....	24
Article 32 - Terme de la garantie .....	25
CHAPITRE 6 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES .....	26
Article 33 – Typologie des garanties additionnelles.....	26
Article 34 – Conditions et modalités d’adhésion aux garanties additionnelles.....	26
Article 35 – Résiliation de la garantie additionnelle.....	26
CHAPITRE 7 – GARANTIE ADDITIONNELLE INCAPACITE .....	28
Article 36 - Définition et objet de la garantie.....	28
Article 37 - Assiette et montant des prestations .....	28
Article 38 – Autres dispositions .....	28
CHAPITRE 8 – GARANTIE ADDITIONNELLE INVALIDITE .....	29
Article 39 –Objet et définition de la garantie.....	29
Article 40 – Assiette et montant des prestations .....	29
Article 41 – Autres dispositions .....	29
CHAPITRE 9 – GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVSERIBLE D’AUTONOMIE .....	30
Article 42 – Définition et objet de la garantie .....	30
Article 43 – Montant et assiette des prestations.....	30
Article 44 – Terme de la garantie .....	30
CHAPITRE 10 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES .....	31
Article 45 – Définition et objet de la garantie .....	31
Article 46 – Bénéficiaire de la garantie .....	31
Article 47 – Montant et assiette.....	31
Article 48 – Terme de la garantie .....	31
CHAPITRE 11 - EXCLUSIONS GENERALES ET PARTICULIERES .....	32
CHAPITRE 12 - COTISATIONS .....	34
Article 49 - Taux et montant .....	34
Article 50 – Assiette des cotisations.....	34
Article 51 - Modalités de paiement.....	35
Article 52 - Suspension des garanties.....	35
Article 53 - Défaut de paiement des cotisations .....	35
Article 54 - Révision des cotisations.....	35
Article 55 – Evolution des cotisations .....	36
Article 56 – Participation aux bénéfices .....	36
CHAPITRE12 - VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	37
Article 57 - Déclaration des sinistres .....	37
Article 58 - Obligations de l’adhérent .....	37
Article 59 - Modalités de versement.....	37

Article 60 - Justificatifs et pièces à fournir.....	37
Article 61 - Contrôles médicaux .....	39
Article 62 - Modalités, durées et délais de versement .....	40
CHAPITRE 13 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES.....	41
Article 63 – Prévention .....	41
Article 64 – Assistance .....	41
CHAPITRE 14 - DISPOSITIONS DIVERSES .....	43
Article 65 - Réticence ou fausse déclaration.....	43
Article 66 - Déchéance.....	43
Article 67 - Prescription .....	43
Article 68 - Réclamation .....	45
Article 69 - Médiation .....	46
Article 70- Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties .....	46
Article 71 - Protection des données à caractère personnel.....	46
Article 72 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme .....	47
Article 73 - Subrogation.....	48
Article 74 - Autorité de contrôle .....	48
ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES INTERMINISTERIELLES ET ADDITIONNELLES.....	49

**Garanties :**  
**Incapacité de travail,**  
**Invalidité d'origine non professionnelle,**  
**Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Frais d'Obsèques.**

## CHAPITRE 1 - PREAMBULE

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

Il est souscrit auprès de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS), (ci-après dénommée « la Mutuelle ») par :

**Ministère du Partenariat avec les territoires et de la Décentralisation, Direction Générale de l'Aviation Civile**, Secrétariat Général, Sous-direction des compétences et des ressources humaines, situé 50 rue Henry Farman, 75015 Paris

### Article 1 - Information importante

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

1) Le présent contrat est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative (ci-après le « Contrat ») qui met en œuvre des garanties de prévoyance au bénéfice du personnel de la DGAC qui relève du statut des agents publics de la fonction publique de l'Etat.

Les droits et obligations du Membre Participant peuvent être modifiés par des avenants au contrat. Les modifications apportées par ces avenants sont communiquées par la personne morale souscriptrice aux Membres Participants.

Il est rappelé que le défaut de remise des documents et informations énumérés au deuxième alinéa de l'article L.223-8 du code de la Mutualité entraîne de plein droit la prorogation du délai de trente (30) jours calendaires révolus pour la renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit (8) ans à compter de la date où le membre est informé que l'adhésion a pris effet.

2) Garanties assurées :

- Garantie Incapacité de travail (congés de longue maladie et congés de grave maladie) (Chapitre 3),
- Garantie Invalidité d'origine non professionnelle (Chapitre 4),
- Garantie Décès (Chapitre 5),
- Garantie additionnelle Incapacité (Chapitre 6)
- Garantie additionnelle Invalidité (Chapitre 7),
- Garantie additionnelle Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (Chapitre 8),
- Garantie additionnelle Frais d'Obsèques (Chapitre 9).

3) Pour les garanties décès et frais d'obsèques, il n'y a pas de faculté de rachat ou de transfert.

4) Les frais de gestion sont inclus dans la cotisation.

5) La durée du contrat recommandée en décès dépend notamment de la situation patrimoniale du Membre Participant, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le membre est invité à demander conseil auprès de la Mutuelle.

6) Si pour la garantie décès du Chapitre 5, le Membre Participant désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause bénéficiaire mentionnée au même chapitre, il doit désigner expressément le ou les bénéficiaires de son choix. Pour ce faire lors de l'adhésion le Souscripteur remet au membre le document « désignation de bénéficiaire(s) » dans lequel le membre désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix. La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Le membre peut à tout moment, au cours de son adhésion, modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée sauf acceptation du ou des bénéficiaires. Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment selon les dispositions du II. de l'article L.223-11 du code de la Mutualité ; il devient alors bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par un avenant signé par la Mutuelle, le membre et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé du Membre et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet vis-à-vis de la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. Cette acceptation rend irrévocable la désignation du bénéficiaire.

## Article 2 - Glossaire

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

**NE SONT PAS CONSIDERES COMME DES ACCIDENTS MAIS COMME DES MALADIES LES EVENEMENTS SUIVANTS : RUPTURE D'ANEVRISME, INFARCTUS DU MYOCARDE, EMBOLIE CEREBRALE, HEMORRAGIE MENINGEE, ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX.**

**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.

**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 la présente notice d'information. Les événements nés pendant le délai de stage ne sont jamais indemnisés.

**DSN (déclaration sociale nominative)** : Déclaration en ligne mensuelle et centralisée, effectuée à partir de la fiche de paie et destinée à communiquer des informations relatives à chaque salarié aux organismes sociaux et aux administrations concernées.

**Franchise** : délai à l'expiration duquel le Membre Participant reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail peut prétendre au versement de la prestation. Ce délai de franchise court à compter de la reconnaissance de l'incapacité temporaire totale de travail.

**Membre participant (ou adhérent)** : Personne physique liée par un contrat 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. Sont concernés les agents rattachés à la Direction

Générale de l'Aviation Civile (DGAC), à l'Ecole Nationale de l'Aviation Civile (ENAC) et au Bureau d'Enquêtes et Analyses pour la sécurité de l'aviation civile (BEA).

**Mutuelle** : désigne la Mutuelle MGAS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475, siège social 96 avenue de Suffren, 75730 PARIS Cedex 15.

**Revenu annuel de référence (RAR)** : Le revenu annuel de référence est composé du traitement ou salaire brut perçu par le bénéficiaire au 30 septembre de l'année précédant l'exercice en cours. S'ajoute le régime indemnitaire (ou primes de fonctions), à l'exclusion de toutes primes personnelles (assiduité, rendement, astreinte...). Le revenu annuel de référence sert d'assiette tant pour les cotisations que pour les prestations.

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

**Souscripteur** : le Ministère du Partenariat avec les territoires et de la Décentralisation, Direction Générale de l'Aviation Civile, situé 50 rue Henry Farman, 75015 Paris.

## Article 3 - Objet

Le présent contrat est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative. Il a pour objet la mise en œuvre des garanties Incapacité de travail (congé longue maladie et congés de grave maladie), Invalidité d'origine non professionnelle et Décès au bénéfice des agents actifs employés, rémunérés et/ou gérés par la DGAC, l'ENAC et le BEA ayant adhéré au Contrat.

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

Sa mise en œuvre est réalisée conformément aux textes suivants :

- l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat,
- le décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat,
- ainsi que l'ensemble des documents et pièces composant l'appel à concurrence émis par la DGAC (dont le règlement de la consultation, le cahier des clauses techniques particulières lot 2 : volet prévoyance, le cahier des clauses administratives particulières ainsi que leurs annexes, l'acte d'engagement du lot 2, le cadre de réponse technique du lot 2).

# CHAPITRE 2 - CONDITIONS GENERALES

## Article 4 - Personnes assurées

Le régime complémentaire en prévoyance s'applique aux agents dits « bénéficiaires actifs » qui sont employés, rémunérés et/ou gérés par la DGAC et qui relèvent des catégories suivantes :

- 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,
- les ouvriers de l'Etat et ouvriers des parcs et ateliers.

## Article 5 - Conditions et modalités d'adhésion

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

### a. Délais

L'adhésion des agents au Contrat n'est pas conditionnée par leur âge ou leur état de santé.

Ainsi, les agents pourront adhérer au Contrat sous réserve :

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

Passé ce délai de six (6) mois, l'adhésion au titre du Contrat sera soumise à la condition pour les agents de remplir un questionnaire médical.

Le Contrat pourra comporter des conditions particulières permettant de prendre en compte la situation des agents en arrêt de travail à la date d'effet du Contrat, en application du droit commun.

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

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

En conséquence, la Mutuelle 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.

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

L'adhésion des personnels en incapacité ou en invalidité est soumise à la condition pour les agents de remplir un questionnaire médical.

Pour les personnels placés dans une autre position ou situation qui suspend le versement de son 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 si à leur état de santé,
- passé ce délai de six (6) mois, leur adhésion sera fondée sur un questionnaire médical et pourra, le cas échéant, faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies.

#### c. Bulletin individuel d'adhésion

L'adhésion au Contrat est matérialisée par un bulletin d'adhésion complété et signé par l'agent et qui précise notamment les garanties, la date d'effet de son adhésion et le montant de la cotisation.

Il indique également s'il renforce son niveau de protection en adhérant (ou non) aux garanties additionnelles (options 1 à 3).

Les garanties additionnelles peuvent uniquement être souscrites si l'agent adhère aux garanties interministérielles complémentaires. L'agent a la possibilité de souscrire aux options 1,2 ou 3 du dispositif additionnel.

L'agent a la possibilité de changer de formule dans la limite d'un changement par an, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante.

Ce bulletin d'adhésion peut se présenter soit sur support papier soit sur un autre support durable tel que prévu par la réglementation en vigueur. Le support durable peut consister en un bulletin d'adhésion dématérialisé ou un espace web dédié.

#### 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.

#### e. Espaces sécurisés dédiés

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

- visualiser sa situation, son contrat et ses garanties prévoyance,
- réaliser certaines actions relatives à son adhésion et à sa situation,
- simuler la cotisation due au moment de l'adhésion,
- consulter les différents documents contractuels d'information;
- suivre l'évolution de leurs indemnisations,
- déclarer les changements de situation familiale ou de rattachement,
- déclarer les sinistres.

L'espace adhérent est accessible aux personnes en situation de handicap, conforme à 98,46 % au Référentiel général d'amélioration de l'accessibilité (RGAA).

## Article 6 – Nature des garanties du Contrat

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

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

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

Elles peuvent être complétées par des garanties additionnelles qui renforcent le niveau de protection des agents. Ces garanties additionnelles portent sur l'incapacité, c'est-à-dire à l'arrêt de travail consécutif à un congé maladie ordinaire (CMO), à un congé longue durée (CLD), à un congé de longue maladie (CLM) ou à un congé de grave maladie (CGM).

Les garanties additionnelles portent également sur l'invalidité, c'est-à-dire la rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité (tant que le dispositif de mise à la retraite pour invalidité et de placement en indisponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle existe), la pension d'invalidité des titulaires (dès sa mise en place), la pension d'invalidité des contractuels et la pension d'invalidité des ouvriers (dès la mise en place de la prévoyance).

Enfin, les garanties additionnelles portent également sur la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ainsi que sur les frais d'obsèques.

## Article 7 – Faculté de renonciation

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

À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre Participant à la Mutuelle, le Membre Participant dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires (en ce inclus le délai de renonciation légal en cas de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion à la Mutuelle. Le Membre Participant a le droit de renoncer sans donner de motif.

Le délai de renonciation expire trente (30) jours à compter du moment où le membre est informé que l'adhésion a pris effet.

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

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

- soit par lettre envoyée par la poste à l'adresse : MGAS - 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15
- soit par télécopie au numéro 01 44 10 55 34
- soit par mail : [relation.adherents@mgas.fr](mailto:relation.adherents@mgas.fr).

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

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

En cas de renonciation par le Membre Participant, la Mutuelle rembourse tous les paiements reçus du Membre Participant au plus tard trente (30) jours à compter du jour où la Mutuelle est informée de la décision de renonciation du Membre Participant. La Mutuelle procède au remboursement du Membre Participant en s'assurant qu'il n'occasionnera pas de frais pour ce dernier.

Toutefois, si des prestations ont été versées, elles devront être remboursées intégralement par le Membre Participant avant tout remboursement préalable des cotisations par la Mutuelle.

### **Formulaire de renonciation**

« Je vous notifie par la présente ma renonciation.

Nom du Membre Participant : .....\*

Adresse du Membre Participant : .....\*

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

Date : .....\*»

\* rubriques à compléter par le Membre Participant

## **Article 8 – Résiliation unilatérale par le Membre Participant**

L'agent peut résilier son adhésion individuelle annuellement dans les conditions prévues par l'alinéa 1<sup>er</sup> 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, l'agent 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 entraîne la cessation des garanties à la date d'effet de la résiliation.

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

## Article 9 – Prise d’effet et renouvellement des garanties

LES GARANTIES PRENNENT AUTOMATIQUEMENT EFFET A LA DATE DE PRISE D’EFFET DU CONTRAT, SOIT LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2026 OU A COMPTER DE L’ORDRE DE SERVICE EMIS PAR LE REPRÉSENTANT DU POUVOIR ADJUDICATEUR (RPA), POUR LES AGENTS ACTIFS COUVERTS A TITRE FACULTATIF, OU A LA DATE DE PRISE D’EFFET DE L’ADHÉSION DU MEMBRE PARTICIPANT POUR LEQUEL LA DATE D’EMBAUCHE OU D’ENTREE EST POSTERIEURE A LA DATE D’ENTREE EN VIGUEUR DU CONTRAT COLLECTIF ET QUE L’AGENT A FAIT LE CHOIX DE BENEFICIER DU DISPOSITIF PREVOYANCE.

QUELLE QUE SOIT LA DATE D’ADHESION INITIALE AU CONTRAT, L’ADHESION EST VALABLE JUSQU’AU 31 DECEMBRE A MINUIT DE LA MEME ANNEE.

LES GARANTIES SE RENOUVELLENT ENSUITE PAR TACITE RECONDUCTION LE 1<sup>ER</sup> JANVIER DE CHAQUE ANNEE, SAUF CESSATION DES GARANTIES.

## Article 10 – Cessation des garanties

LES GARANTIES PRENNENT FIN AUTOMATIQUEMENT A LA DATE OU LES BENEFICIAIRES ACTIFS CESSENT D’ETRE EMPLOYES (OU EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL) ET NE REMPLISSENT PLUS LES CONDITIONS PREVUES A L’ARTICLE 4 DE LA PRESENTE NOTICE D’INFORMATION.

LES AGENTS BENEFICIAIRES POURRONT RESILIER LEUR ADHESION :

- À L’ECHEANCE DU CONTRAT, EN RESPECTANT UN DELAI DE PREVENANCE DE DEUX (2) MOIS AVANT L’ECHEANCE DU CONTRAT LORS DE LA PREMIERE ANNEE D’ADHESION ;
- À TOUT MOMENT, APRES EXPIRATION D’UN DELAI D’UN (1) AN DE BENEFICES DES GARANTIES. LA RESILIATION PRENDRA ALORS EFFET A COMPTER DU 1<sup>ER</sup> JOUR DU MOIS SUIVANT LA NOTIFICATION PAR LE BENEFICIAIRE AUPRES DU TITULAIRE (LA COTISATION DU MOIS DE LA NOTIFICATION DE RESILIATION SERA DUE PAR L’AGENT).

## Article 11 – Maintien des garanties

- a. Au titre de l’incapacité et de l’invalidité

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

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

- b. En cas de suspension du contrat de travail

Si l’agent est indemnisé pendant sa suspension :

Sont notamment concernées les périodes de suspension du contrat 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.

L’adhésion des agents est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- 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.

#### Si l'agent n'est pas indemnisé pendant sa suspension :

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, le bénéfice des garanties prévoyance est suspendu. Toutefois, l'agent peut demander à maintenir son adhésion au contrat d'assurances prévoyance du présent marché pendant la période de suspension de son contrat de travail non indemnisée. La cotisation sera alors intégralement à sa charge (participation financière de l'employeur et part salariale).

## Article 12 – Modification du contrat

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

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

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

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

## Article 13 – Résiliation du Contrat

Le Contrat collectif peut être résilié par 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 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.

La Mutuelle peut également le résilier en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies au Conditions Générales et aux Conditions Particulières.

Outre la faculté de résiliation par la mutuelle, le marché est reconductible tacitement au maximum cinq (5) fois pour de nouvelles périodes de douze (12) mois.

### 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 ;
- 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.

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

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

## Article 14 – Obligations de la Mutuelle relatives à la notice d'information

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, 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.

## Article 15 – Actes de gestion

La mutuelle s'engage à réaliser chaque année une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires du Contrat sur les thématiques suivantes :

- gestion des adhésions ;
- gestions des prestations ;
- échanges avec le centre de gestion.

Le questionnaire de satisfaction sera transmis à la Commission de suivi de l'accord de prévoyance pour validation avant envoi aux bénéficiaires.

Les résultats de cette enquête de satisfaction sont transmis avant le 30 juin de l'année suivante au Souscripteur.

## Article 16 – 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).

PROJET

# CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INTERMINISTERIELLES COMPLEMENTAIRES

## Article 17 – 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.

PROJET

# CHAPITRE 3 - GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE)

## Article 18 - Définition et objet de la garantie

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

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

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

## Article 19 - Conditions de mise en œuvre de la garantie

La garantie congé de longue maladie et congé de grave maladie a pour objet le versement de prestations à l'agent placé en situation de congé de longue maladie pour le fonctionnaire, ou de grave maladie pour l'agent contractuel, avant l'entrée en jouissance de ses droits à la retraite.

Elles cessent en tout état de cause au 67<sup>ème</sup> anniversaire du Membre Participant, et ce même si ce dernier est encore en activité.

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

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 18 de la présente Notice.

## Article 20 - Assiette et montant des prestations

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

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

#### **- 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).

#### **- Pour les ouvriers de l'Etat et ouvriers de parcs et ateliers :**

- 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).

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.

### **Article 21 - Revalorisation**

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du Contrat et du marché au titre duquel le Contrat a été conclu, 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...).

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

## Article 22 - Terme de la garantie

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

- la date du jour de la reprise d'activité, même à temps partiel,
- la date 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).

La garantie prend fin à :

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

# CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITE D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE (GARANTIE INTERMINISTERIELLE COMPLEMENTAIRE)

## Article 23 - 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 ainsi qu'au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle.

La garantie Invalidité d'origine non professionnelle a également pour objet le versement de prestations complémentaire à l'agent contractuel déclaré invalide à la suite d'une invalidité d'origine non professionnelle.

La garantie a enfin pour objet le versement de prestations complémentaires aux ouvriers en situation d'invalidité, tel que défini par un décret à venir.

## Article 24 - 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.

## Article 25 - 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 compensation de l'invalidité d'origine non professionnelle, par combinaison des garanties « employeur » et de la couverture complémentaire, 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 les ouvriers de l'Etat et les ouvriers de parcs et ateliers :**

La compensation de l'invalidité d'origine non professionnelle est identique à celle prévue pour les fonctionnaires.

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 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.

## **Article 26 - Revalorisation**

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du Contrat et du marché au titre duquel le Contrat a été conclu, 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...).

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

## **Article 27 - Terme de la garantie**

La garantie Invalidité d'origine non professionnelle cesse :

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,

**MGAS - Notice Information**

**DGAC**

Prévoyance – effet 1<sup>er</sup> janvier 2026

- 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,

La garantie prend fin :

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

# CHAPITRE 5 - GARANTIE DECES

## Article 28 - Objet et Conditions de mise en œuvre 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.

## Article 29 - Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) du capital

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le Membre Participant sur le bulletin d'adhésion individuel. A défaut de désignation expresse, la clause bénéficiaire est libellée comme suit :

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

## Article 30 - Montant des prestations

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

### - Pour les fonctionnaires :

- au montant de la rémunération brute du fonctionnaire décédé au cours des douze (12) derniers mois dans les conditions suivantes :
  - la rémunération comprend le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les primes et indemnités instituées par une disposition législative ou réglementaire,
  - 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,
  - 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.

### - Pour les ouvriers de l'Etat et les ouvriers de parcs et ateliers :

- au montant de la rémunération brute de l'intéressé au cours des douze (12) derniers mois dans les mêmes conditions que celles prévues pour les fonctionnaires.

## Article 31 - Revalorisation du capital

À compter de la date de survenance du décès de l'agent et jusqu'à la date de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au versement du capital décès, ce dernier est revalorisé conformément aux dispositions de l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité.

La Mutuelle s'engage à revaloriser annuellement au 1er janvier, l'ensemble des prestations prévoyance en cours de service.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du Contrat et du marché au titre duquel le Contrat a été conclu, 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...).

## Article 32 - 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 à 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 6 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES

## Article 33 – Typologie des garanties additionnelles

Les agents peuvent adhérer à des garanties additionnelles couvrant notamment :

- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;
- les frais d'obsèques ;
- le congé de maladie prévu à l'article L. 822-1 du Code général de la fonction publique ;
- le congé de maladie prévu à l'article 12 du décret du 17 janvier 1986 ;
- le congé de maladie applicable aux ouvriers (dès la mise en place de la prévoyance) ;
- le congé de longue durée prévu à l'article L. 822-12 du Code général de la fonction publique ;
- le congé de longue durée applicable aux ouvriers (dès la mise en place de la prévoyance) ;
- le congé de longue maladie prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique ;
- le congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986 ;
- la rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité (tant que le dispositif de mise à la retraite pour invalidité et de placement en indisponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle existe) ;
- la pension d'invalidité des titulaires (dès sa mise en place) ;
- la pension d'invalidité des contractuels ;
- la pension d'invalidité des ouvriers (dès la mise en place de la prévoyance).

Les garanties additionnelles précitées 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.

Elles ne peuvent être souscrites de manière isolée ; elles sont regroupées au sein de trois options (1, 2 ou 3). Le tableau de garanties en annexe détermine, pour chacune des options, les garanties additionnelles incluses (parmi celles précitées) et leur niveau de couverture.

L'agent a la possibilité de souscrire aux options 1, 2 ou 3.

## Article 34 – Conditions et modalités d'adhésion aux garanties additionnelles

L'agent peut souscrire aux garanties additionnelles du présent Contrat dans les conditions visées à l'article 9 des Conditions Particulières.

## Article 35 – Résiliation de la garantie additionnelle

L'agent peut demander la résiliation de la garantie additionnelle dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance du présent contrat collectif, soit le 31 octobre de chaque année.

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

PROJET

# CHAPITRE 7 – GARANTIE ADDITIONNELLE INCAPACITE

## Article 36 - Définition et objet de la garantie

Dans le cadre des options 1, 2 et 3, la garantie additionnelle Incapacité a pour objet la couverture de l'agent actif, en cas de survenance, en cours d'adhésion au Contrat, d'une incapacité de travail, en complément des garanties statutaires et en sur-complément des garanties interministérielles complémentaires, dans les conditions visées au tableau de garanties en annexe.

Les options interviennent dans le cadre :

- d'un congé de maladie prévu à l'article L. 822-1 du Code général de la fonction publique ;
- d'un congé de maladie prévu à l'article 12 du décret du 17 janvier 1986 ;
- d'un congé de maladie applicable aux ouvriers (dès la mise en place de la prévoyance) ;
- d'un congé de longue durée prévu à l'article L. 822-12 du Code général de la fonction publique ;
- d'un congé de longue durée applicable aux ouvriers (dès la mise en place de la prévoyance) ;
- d'un congé de longue maladie prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique ;
- d'un congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986.

## Article 37 - Assiette et montant des prestations

Le montant de prestations additionnelles incapacité sont ceux visés au tableau de garanties en annexe.

L'assiette servant au calcul des prestations est celle visée à l'article 20 de la présente Notice d'information.

## Article 38 – Autres dispositions

Les dispositions des articles 19, 21 et 22 de la présente Notice relatifs à la garantie interministérielle complémentaire sont applicables à la garanties additionnelle incapacité.

# CHAPITRE 8 – GARANTIE ADDITIONNELLE INVALIDITE

## Article 39 –Objet et définition de la garantie

Dans le cadre des options 1, 2 et 3, la garantie additionnelle invalidité a pour objet la couverture de l'agent actif en cas de survenance, en cours d'adhésion au Contrat, d'une invalidité d'origine non-professionnelle, en complément des garanties statutaires et en sur-complément des garanties interministérielles complémentaires dans les conditions visées au tableau de garanties en annexe.

Les options interviennent dans le cadre du versement :

- d'une rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité (tant que le dispositif de mise à la retraite pour invalidité et de placement en indisponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle existe) ;
- d'une pension d'invalidité des titulaires (dès sa mise en place) ;
- d'une pension d'invalidité des contractuels ;
- d'une pension d'invalidité des ouvriers (dès la mise en place de la prévoyance).

## Article 40 – Assiette et montant des prestations

Les montants des prestations additionnelles invalidité sont ceux visés au tableau de garanties en annexe. L'assiette servant au calcul des prestations est celle visée à l'article 25 de la présente Notice.

## Article 41 – Autres dispositions

Les dispositions des articles 24, 26 et 27 de la présente Notice sont applicables à la garanties additionnelle invalidité.

# CHAPITRE 9 – GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

## Article 42 – Définition et objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire, en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du Membre Participant.

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

## Article 43 – Montant et assiette des prestations

Les montants de la prestation additionnelle PTIA sont ceux visés au tableau de garanties en annexe.

L'assiette de la prestation additionnelle PTIA est définie dans les conditions suivantes :

- pour les fonctionnaires : 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,
- pour les agents contractuels il s'agit de la rémunération brute de l'intéressé,
- pour les ouvriers de l'Etat : la rémunération comprend le salaire, la prime de rendement, la prime de technicité, la prime spécifique d'habilitation, la prime de contrainte de service, les indemnités pour travaux incommodes, la prime de fonction spécifique, l'indemnité de repas, la prime de fonction et l'indemnité particulière outre-mer,
- pour les ouvriers des parcs et ateliers : elle comprend le salaire, la prime d'ancienneté, la prime d'expérience et la prime de qualification.

## Article 44 – Terme de la garantie

La garantie PTIA cesse :

- 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 10 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES

## Article 45 – Définition et objet de la garantie

La garantie additionnelle frais d’obsèques est une garantie vie entière, ayant pour objet de garantir le versement d’un capital en cas de décès du Membre Participant afin de financer tout ou partie des frais d’obsèques de celui-ci.

Le capital est versé dans la limite du montant garanti et dans la limite des frais réellement engagés pour le règlement des obsèques.

Le choix de l’entreprise de pompes funèbres est libre. Ce choix peut être modifié à tout moment durant la vie de l’adhésion.

## Article 46 – Bénéficiaire de la garantie

Le capital, destiné au financement des obsèques du Membre Participant, est attribué, à hauteur des frais d’obsèques réels, à l’entreprise de pompes funèbres ayant réalisé et pris en charge les obsèques du Membre Participant et/ou à la ou les personnes physiques ou morales ayant payé et supporté les frais d’obsèques.

Si les frais d’obsèques ont été payés par plusieurs personnes, le capital versé sera réparti au prorata de leur participation aux frais d’obsèques engagés.

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

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

## Article 47 – Montant et assiette

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

L’assiette de la prestation additionnelle frais d’obsèques correspond à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date de survenance du décès du Membre Participant.

## Article 48 – Terme de la garantie

La garantie frais d’obsèques cesse :

- 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 11 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES ET PARTICULIÈRES

EN CE QUI CONCERNE L'ENSEMBLE DES PRÉSENTES GARANTIES, 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,
- DE PRODUITS TOXIQUES,
- 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'ALCOOLÉMIÉ 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 « INVALIDITE 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 12 - COTISATIONS

## Article 49 - Taux et montant

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

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

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

Les cotisations sont libellées en euros. 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.

## Article 50 – Assiette des cotisations

### a. Dispositions communes

Pour l'ensemble des garanties complémentaires interministérielles et des garanties additionnelles, la rémunération de référence servant d'assiette au calcul des cotisations est :

- pour les fonctionnaires : celle définie à l'article L.822-8 du code général de la fonction publique et à l'article 3 du décret n°2010-997 du 26 août 2010,
- pour les agents contractuels : celle définie à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986,
- pour les ouvriers de l'Etat : celle définie à l'article 16 du décret n°2022-1196 du 30 août 2022 et à l'article 3 du décret n°2011-1171 du 23 septembre 2011,
- pour les ouvriers des parcs et ateliers : celle définie aux articles 12-1, 12-2 et 13 du décret n°65-382 du 21 mai 1965 et à l'article 1 du décret n°2015-1063 du 26 août 2015.

### b. Garanties Incapacité de travail (socles et additionnelles)

La rémunération de référence servant d'assiette au calcul des cotisations 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,
- pour les agents contractuels de droit public et de droit privé : la dernière rémunération mensuelle brute maintenue en congé de grave maladie,
- pour les ouvriers de l'Etat et les ouvriers des parcs et ateliers : la dernière rémunération mensuelle brute maintenue en congé de longue maladie (CLM).

## Article 51 - Modalités de paiement

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

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

Le paiement est effectué par prélèvement bancaire.

## Article 52 - Suspension des garanties

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

Elles sont également suspendues en cas de suspension d'activité non rémunérée, par exemple en cas de congé parental et de situation assimilée.

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

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

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 53 - 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 54 - Révision des cotisations

La révision des taux, assiette et montant des cotisations est effectuée à la date d'échéance annuelle du Contrat. En application de l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, toute modification des montants de cotisations fait l'objet d'un avenant au contrat signé par la Mutuelle et par le Souscripteur ainsi que d'une information au Membre Participant dans les conditions prévues par l'article 14 de la présente notice d'information.

## Article 55 – Evolution des cotisations

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

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

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

## Article 56 – Participation aux bénéfices

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place. Les garanties complémentaires interministérielles ainsi que les garanties additionnelles sont concernées par ce mécanisme.

Le taux d'attribution attaché à cette participation aux bénéfices ne peut pas être inférieure à 85% du résultat technique.

Cette participation aux bénéfices alimente une réserve de participation, gérée par la Mutuelle.

Chaque année, cette réserve est :

- alimentée de la quote-part de résultats techniques s'ils sont positifs ;
- prélevée dans la limite de son montant, des résultats techniques s'ils sont négatifs.

En cas de résiliation du Contrat ou au terme normal de celui-ci, cette réserve est intégralement transférée au nouvel assureur, sans pénalité, dans un délai qui ne peut excéder 9 mois au-delà de la résiliation des conventions d'assurance.

# CHAPITRE 12 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

## Article 57 - 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](mailto: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.

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

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

Médecin Conseil de la MGAS – 96 Avenue de Suffren – 75730 PARIS CEDEX 15

## Article 58 - Obligations de l'adhérent

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

## Article 59 - Modalités de versement

### **Pour les garanties Incapacité et Invalidité d'origine non professionnelle**

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.

## Article 60 - Justificatifs et pièces à fournir

- a. Garantie et option Incapacité

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.

b. Garantie et option Invalidité d'origine non professionnelle

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<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> 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,
- un certificat médical d'inaptitude définitive à l'exercice de son activité professionnelle 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.**

c. Garantie Décès

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

- un extrait d'acte de décès,
- une photocopie du livret de famille dans sa totalité,
- des photocopies des bulletins de paie (précisées au Contrat) lorsque le capital se calcule sur le traitement soumis à cotisations,
- des justificatifs de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires ; le cas échéant, toute pièce justifiant soit le lien conjugal, soit le concubinage (déclaration sur l'honneur des concubins et de deux (2) témoins, justificatifs de domicile communs) soit le Pacs (copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, extrait d'acte de naissance mentionnant le Pacs) soit la qualité d'enfant ou d'héritier,
- toutes autres pièces ou justificatifs mentionnés sur le formulaire de demande de capital,
- en cas de concubinage, tous documents permettant de prouver l'union (certificat de concubinage, au moins deux (2) témoignages, déclarations sur l'honneur).

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

d. Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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

- un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que le Membre participant est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une autre personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de reconnaissance de la PTIA. Ce certificat, adressé au médecin conseil de la Mutuelle, décrit la cause, la nature de l'invalidité, la date de consolidation de l'inaptitude à l'exercice de toute activité professionnelle.
- une attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie,
- la notification de la Sécurité sociale ou l'avis de la Commission de réforme justifiant d'un classement en 3ème catégorie,
- une attestation de « consolidation » de l'état de santé,
- un Relevé d'Identité Bancaire,
- toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par la Mutuelle.

e. Garantie Frais d'Obsèques

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

- un original de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu du décès) ;
- la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom de la personne qui l'a réglée ou la facture non acquittée pour un règlement directement à l'entreprise de pompes funèbres ;
- le RIB de la personne ayant réglé les frais d'obsèques ou celui de l'entreprise de pompes funèbres pour un règlement directement à celle-ci ;
- en cas de décès par accident pendant la 1ère année suivant l'adhésion ou une augmentation de garantie, un certificat médical relatant la cause du décès et, le cas échéant, la copie du procès-verbal de la Gendarmerie.

## Article 61 - Contrôles médicaux

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical tout Membre Participant ayant bénéficié d'une 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.

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.

## **Article 62 - Modalités, durées et délais de versement**

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

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

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

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 précédent de la présente notice d'information.

# CHAPITRE 13 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

## Article 63 – Prévention

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

La Mutuelle propose au Souscripteur avant le 15 septembre de chaque année un programme d'actions de prévention qui sera mis en œuvre pour l'année suivante. Ce programme sera soumis à l'approbation de la CPPS. Elle s'engage à organiser a minima cinq (5) actions de prévention par an.

Ces actions sont listées de manière non exhaustive ci-dessous :

- services d'accompagnement individuel pour soutenir les salariés aidants (informations et conseils sur les dispositifs légaux, recherche d'organismes, écoute et soutien psychologique, solutions de répit, prévention santé, accès aux aides, etc.),
- accompagnement au retour à l'emploi,
- soutien à domicile en cas d'arrêt de travail,
- sécurité routière et Prévention du risque routier professionnel (intégrant le risque accident trajet),
- réalisation de campagnes de prévention, en particulier sur les risques psychosociaux,
- mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé,
- diffusion des contenus d'information santé,
- télémédecine dont téléconsultation médicale, deuxième avis médical,
- actions de dépistage (cholestérol, insuffisance rénale chronique, diabète),
- coaching bien-être (nutrition, sommeil, conduites addictives),
- lutte contre la sédentarité,
- promotion des bonnes pratiques en télétravail,
- promotion de pratiques et comportements favorables à la santé,
- lutte contre les addictions.

## Article 64 – Assistance

En application de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle a conclu un contrat collectif auprès d'un organisme assistant.

Ce contrat a pour objet la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans la notice d'information rédigée par cet assistant, au bénéfice de l'ensemble des adhérents du présent Contrat, sans cotisation supplémentaire pour ces derniers.

L'assureur des garanties assistance est :

Inter Mutuelles Assistance SA, société anonyme à directoire et conseil de surveillance, enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 320 281 025 et dont le siège est situé 118 Avenue de Paris, CS 40 000, 79 033 NIORT CEDEX 9.

Certaines prestations d'assistance sont disponibles dès la prise d'effet de l'adhésion :

- conseil et accompagnement psychosocial (travailleur social),
- informations médicales,
- prévention nutrition santé,
- information juridiques et vie pratique,
- recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical,
- mise à disposition d'un espace web dédié.

L'assistant met également en œuvre des prestations d'assistance en cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation) de l'adhérent ou du conjoint :

- aide à domicile,
- présence d'un proche au chevet,
- livraison de médicaments,
- portage de repas, portage d'espèces,
- livraison de courses,
- coiffure à domicile,
- transfert et garde des animaux,
- fermeture du domicile quitté en urgence,
- préparation du retour au domicile,
- transfert post-hospitalisation chez un proche,
- transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux,
- déplacement d'un proche pour garde des enfants,
- transfert des enfants chez un proche,
- garde des enfants,
- conduite à l'école et le retour au domicile des enfants,
- conduite aux activités extrascolaires,
- remplaçante de garde d'enfant.

D'autres prestations d'assistance mises en œuvre par l'assistant sont listées de manière non-exhaustive ci-dessous :

- en cas de grossesse pathologique : aide-ménagère, déplacement d'un proche pour garde des enfants, transfert des enfants chez un proche, garde des enfants,
- en cas d'évènement traumatisant : soutien psychologique.

# CHAPITRE 14 - DISPOSITIONS DIVERSES

## Article 65 - 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 66 - Déchéance

LA MUTUELLE A INSTAURE DES CONTROLES QUI PEUVENT INTERVENIR AVANT OU APRES LE VERSEMENT DES PRESTATIONS. AINSI, ELLE PEUT EXIGER DES PIECES JUSTIFICATIVES DE LA PART DES ADHERENTS ET VERIFIER LEUR AUTHENTICITE. EN CAS DE DOUTE, ELLE PEUT EGALEMENT SOLLICITER D'AUTRES PARTIES PRENANTES COMME LES PROFESSIONNELS DE SANTE OU LES REGIMES OBLIGATOIRES.

DANS LE CAS D'UNE SUSPICION DE DOCUMENT FRAUDULEUX, LA MUTUELLE PEUT SUSPENDRE OU INTERROMPRE LE PAIEMENT DES PRESTATIONS PENDANT UN DELAI MAXIMAL DE QUINZE (15) JOURS, LE TEMPS D'EFFECTUER LES VERIFICATIONS NECESSAIRES.

EN CAS DE NON-TRANSMISSION DES JUSTIFICATIFS DEMANDES DANS LES DELAIS IMPARTIS OU SI CEUX-CI S'AVERENT FALSIFIES, LA MUTUELLE ANNULERA OU REFUSERA LE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

LA DECHEANCE D'INDEMNISATION SERA NOTIFIEE PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION.

EN CAS DE FRAUDE, LA MUTUELLE SE RESERVE LE DROIT 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 67 - 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 (30) ANS 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),

- 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 HERITIER 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 MEDIEUR 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 PRESENTEE 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 68 - 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](mailto: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 69 - 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 70- 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 71 - 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 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.

En phase d'adhésion et après l'adhésion, la MGAS fonde le traitement de vos données personnelles sur l'exécution de mesures précontractuelles et du contrat ainsi que sur des obligations légales pour effectuer les traitements par lesquels vous êtes concernés durant la vie du contrat.

Pendant la vie du contrat, elle se fonde sur l'intérêt légitime pour être au plus près de vos besoins et pour effectuer des traitements de support informatique.

La liste exhaustive des fondements, des finalités, des destinataires des données figure dans la Charte « Vie privée » de la MGAS.

Pour les traitements d'exécution du contrat après adhésion, la durée de conservation des données est de 10 ans après la fin des engagements contractuels et après le paiement des prestations (pour le contrôle fiscal et pour la preuve de fonctionnement contractuel).

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de différents droits relatifs au traitement de vos données : accès, portabilité, rectification, effacement, opposition, limitation, droit lié au profilage.

Les modalités d'exercice de ces droits figurent dans la Charte « Vie privée » de la MGAS.

La MGAS a par ailleurs désigné un Délégué à la Protection des Données.

Vous pouvez le contacter en fournissant une pièce justificative d'identité selon les modalités suivantes :

- Par courrier : MGAS, Délégué à la protection des données – 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex
- Par e-mail : [dpo@mgas.fr](mailto:dpo@mgas.fr)

Vous disposez en outre du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

- adresse postale : CNIL 3 place de Fontenoy – TSA 80715- 75334 Paris cedex 07
- téléservice de plainte en ligne : [Plaintes en ligne | CNIL](#)

## Article 72 - 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 73 - 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 74 - 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.

# ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES INTERMINISTERIELLES ET ADDITIONNELLES

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

		Statutaire		Socle Complémentaire Interministériel		Sans garanties additionnelles		Global	
		TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes
Capital décès		100%	100%	100%	100%	-	-	200%	200%
PTIA		-	-	-	-	-	-	-	-
Frais d'obsèques		-		-		-		-	
Rente éducation	De 0 à 18 ans	5 % PMSS		-		-		5 % PMSS	
	De 19 à 27 ans	15 % PMSS		-		-		15 % PMSS	
CMO	Pendant la période de plein-traitement	100%	100%	-	-	-	-	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	50%	-	-	-	-	50%	50%
CLM / CGM	Pendant la période de plein-traitement	100%	33%	0%	66%	-	-	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	60%	60%	20%	20%	-	-	80%	80%
CLD	Pendant la période de plein-traitement	100%	0%	-	-	-	-	100%	0%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	0%	-	-	-	-	50%	0%
Rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité et à la mise en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle		50 % à 75%	0%	80 % sous déduction de la pension de retraite pour invalidité	80%	-	-	80%	80%

Pension d'invalidité Titulaires (*)	Catégorie 1	40%	40%	10%	10%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	70%	70%	10%	10%	-	-	80%	80%
Pension d'invalidité Contractuels	Catégorie 1	30%	30%	20%	20%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	50%	50%	30%	30%	-	-	80%	80%

(\*) Sous réserve de la nouvelle définition de la pension d'invalidité des titulaires

PROJET

		Statutaire		Socle Complémentaire Interministériel		Garanties additionnelles Option 1		Global	
		TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes
Capital décès		100%	100%	100%	100%	-	-	200%	200%
PTIA		-	-	-	-	-	-	-	-
Frais d'obsèques		-		-		-		-	
Rente éducation	De 0 à 18 ans	5 % PMSS		-		-		5 % PMSS	
	De 19 à 27 ans	15 % PMSS		-		-		15 % PMSS	
CMO	Pendant la période de plein-traitement	100%	100%	-	-	0%	0%	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	50%	-	-	20%	20%	70%	70%
CLM / CGM	Pendant la période de plein-traitement	100%	33%	0%	66%	-	-	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	60%	60%	20%	20%	-	-	80%	80%
CLD	Pendant la période de plein-traitement	100%	0%	-	-	0%	100%	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	0%	-	-	20%	70%	70%	70%
Rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité et à la mise en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle		50 % à 75%	0%	80 % sous déduction de la pension de retraite pour invalidité		-	-	80%	80%
Pension d'invalidité Titulaires (*)	Catégorie 1	40%	40%	10%	10%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	70%	70%	10%	10%	-	-	80%	80%
Pension d'invalidité Contractuels	Catégorie 1	30%	30%	20%	20%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	50%	50%	30%	30%	-	-	80%	80%

(\*) Sous réserve de la nouvelle définition de la pension d'invalidité des titulaires

		Statutaire		Socle Complémentaire Interministériel		Garanties additionnelles Option 2		Global	
		TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes
Capital décès		100%	100%	100%	100%	-	-	200%	200%
PTIA		-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
Frais d'obsèques		-		-		50% PMSS		50% PMSS	
Rente éducation	De 0 à 18 ans	5 % PMSS		-		-		5 % PMSS	
	De 19 à 27 ans	15 % PMSS		-		-		15 % PMSS	
CMO	Pendant la période de plein-traitement	100%	100%	-	-	0%	0%	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	50%	-	-	30%	30%	80%	80%
CLM / CGM	Pendant la période de plein-traitement	100%	33%	0%	66%	-	-	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	60%	60%	20%	20%	-	-	80%	80%
CLD	Pendant la période de plein-traitement	100%	0%	-	-	0%	100%	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	0%	-	-	30%	80%	80%	80%
Rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité et à la mise en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle		50 % à 75%	0%	80 % sous déduction de la pension de retraite pour invalidité	80%	-	-	80%	80%
Pension d'invalidité Titulaires (*)	Catégorie 1	40%	40%	10%	10%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	70%	70%	10%	10%	-	-	80%	80%
Pension d'invalidité Contractuels	Catégorie 1	30%	30%	20%	20%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	50%	50%	30%	30%	-	-	80%	80%

(\*) Sous réserve de la nouvelle définition de la pension d'invalidité des titulaires

		Statutaire		Socle Complémentaire Interministériel		Garanties additionnelles Option 3		Global	
		TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes
Capital décès		100%	100%	100%	100%	-	-	200%	200%
PTIA		-	-	-	-	150%	150%	150%	150%
Frais d'obsèques		-		-		100% PMSS		100% PMSS	
Rente éducation	De 0 à 18 ans	5 % PMSS		-		-		5 % PMSS	
	De 19 à 27 ans	15 % PMSS		-		-		15 % PMSS	
CMO	Pendant la période de plein-traitement	100%	100%	-	-	0%	0%	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	50%	-	-	35%	35%	85%	85%
CLM / CGM	Pendant la période de plein-traitement	100%	33%	0%	66%	-	-	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	60%	60%	20%	20%	5%	5%	85%	85%
CLD	Pendant la période de plein-traitement	100%	0%	-	-	0%	100%	100%	100%
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	0%	-	-	35%	85%	85%	85%
Rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité et à la mise en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle		50 % à 75%	0%	80 % sous déduction de la pension de retraite pour invalidité		5%	5%	85%	85%
Pension d'invalidité Titulaires (*)	Catégorie 1	40%	40%	10%	10%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	70%	70%	10%	10%	5%	5%	85%	85%
Pension d'invalidité Contractuels	Catégorie 1	30%	30%	20%	20%	-	-	50%	50%
	Catégories 2 & 3	50%	50%	30%	30%	5%	5%	85%	85%

(\*) Sous réserve de la nouvelle définition de la pension d'invalidité des titulaires

