



CONTRAT DE PRÉVOYANCE

MAINTIEN DE SALAIRE ET DECES

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES
DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE
D'AUTONOMIE

INVALIDITÉ - PERTE DE RETRAITE

NOTICE D'INFORMATION
(Référence : NI-CR OCCITANIE-2022)

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT.....	5
Article 1. <i>Préambule</i>	5
Article 2. <i>Objet du contrat.....</i>	6
Article 3. <i>Assurés.....</i>	6
PARTIE I. GARANTIES COLLECTIVES.....	6
Article 4. <i>Conditions d'adhésion.....</i>	6
Article 5. <i>Conditions de prise d'effet et durée du contrat.....</i>	8
Article 6. <i>Prise d'effet et durée des garanties.....</i>	8
Article 7. <i>Prescription</i>	10
TITRE II - RISQUES EXCLUS	10
Article 8. <i>Exclusions.....</i>	10
TITRE III - GARANTIES.....	11
CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES.....	11
Article 9. <i>Subrogation des Mutuelles co-assureurs.....</i>	11
Article 10. <i>Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat</i>	11
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS	11
Article 11. <i>Définition du traitement, des primes et indemnités</i>	11
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	12
Article 12. <i>Définition de la garantie.....</i>	12
Article 13. <i>Montant de la prestation.....</i>	12
Article 14. <i>Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise</i>	12
Article 15. <i>Terme du versement des indemnités journalières</i>	13
Article 16. <i>Maintien des prestations.....</i>	13
CHAPITRE 4 - PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE	13
CHAPITRE 5 - GARANTIE ASSISTANCE	14
Article 17. <i>Garantie</i>	14
Article 18. <i>Prise d'effet de la garantie.....</i>	14
Article 19. <i>Cessation de la garantie</i>	14
TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS	14
Article 20. <i>Garantie Indemnités Journalières</i>	14
Article 21. <i>Contrôles effectués à la demande de l'apériteur.....</i>	15
Article 22. <i>Procédure d'arbitrage.....</i>	15
Article 23. <i>Radiation, résiliation, terme de l'adhésion</i>	15
Article 24. <i>Cas de fraude.....</i>	15
Article 25. <i>Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....</i>	15
TITRE V - COTISATIONS.....	16
Article 26. <i>Montant de la cotisation.....</i>	16
Article 27. <i>Modalité de paiement de la cotisation.....</i>	16
ARTICLE 28.1 ADHERENTS PRECOMPTE.....	16
ARTICLE 28.2 - ADHERENTS PRELEVES.....	16
Article 28. <i>Défaut de paiement de la cotisation</i>	17
Article 29. <i>Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur.....</i>	17
TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS.....	17
Article 30. <i>Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance.....</i>	17
Article 31. <i>Réclamation</i>	18
Article 32. <i>Clause d'attribution de compétence</i>	19
PARTIE II. GARANTIES SUPPLEMENTAIRES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES.....	20
TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES.....	20
Article 33. <i>Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion.....</i>	20
Article 34. <i>Conditions d'adhésion</i>	20

<i>Article 35.</i>	<i>Formalités d'adhésion</i>	22
<i>Article 36.</i>	<i>Information des membres participants</i>	22
<i>Article 37.</i>	<i>Réticence ou fausse déclaration intentionnelle</i>	22
<i>Article 38.</i>	<i>Exclusions</i>	22
<i>Article 39.</i>	<i>Définition de la base de calcul des prestations</i>	23
<i>Article 40.</i>	<i>Prescription</i>	25
<i>Article 41.</i>	<i>Cessation des garanties</i>	26
<i>Article 42.</i>	<i>Subrogation des Mutuelles co-assureurs</i>	26
<i>Article 43.</i>	<i>Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat</i>	26
<i>Article 44.</i>	<i>Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance</i>	26
<i>Article 45.</i>	<i>Réclamation</i>	27
TITRE II - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE		28
<i>Article 46.</i>	<i>Définition de la garantie Décès - PTIA toutes causes</i>	28
<i>Article 47.</i>	<i>Clause de renonciation</i>	28
<i>Article 48.</i>	<i>Bénéficiaires des prestations en cas de Décès</i>	29
<i>Article 49.</i>	<i>Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie</i>	29
<i>Article 50.</i>	<i>Maintien des garanties Décès</i>	29
<i>Article 51.</i>	<i>Obligation des Mutuelles co-assureurs concernant les garanties décès</i>	29
TITRE III - GARANTIE INVALIDITE		30
<i>Article 52.</i>	<i>Définition de la garantie</i>	30
<i>Article 53.</i>	<i>Conditions d'adhésion</i>	31
<i>Article 54.</i>	<i>Point de départ du versement de la rente</i>	31
<i>Article 55.</i>	<i>Montant de la prestation et service de la rente</i>	31
<i>Article 56.</i>	<i>Gestion du règlement des sinistres</i>	31
<i>Article 57.</i>	<i>Radiation, résiliation, terme de l'adhésion</i>	32
<i>Article 58.</i>	<i>Cas de fraude</i>	32
<i>Article 59.</i>	<i>Terme du versement de la rente</i>	32
<i>Article 60.</i>	<i>Maintien des prestations</i>	32
TITRE IV - GARANTIE PERTE DE RETRAITE		32
<i>Article 61.</i>	<i>Objet de la garantie</i>	32
<i>Article 62.</i>	<i>Conditions d'adhésion</i>	33
<i>Article 63.</i>	<i>Point de départ du versement de la rente</i>	33
<i>Article 64.</i>	<i>Montant et service de la rente</i>	33
<i>Article 65.</i>	<i>Gestion du règlement des sinistres</i>	33
<i>Article 66.</i>	<i>Radiation, résiliation, terme de l'adhésion</i>	33
<i>Article 67.</i>	<i>Cas de fraude</i>	34
<i>Article 68.</i>	<i>Terme du versement de la rente</i>	34
<i>Article 69.</i>	<i>Maintien des prestations</i>	34

Le présent document constitue la Notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative (ci-après dénommé « Contrat collectif ») souscrit par votre employeur (ci-après dénommé « le Souscripteur ou l'Employeur » selon le contexte) au profit de ses agents (ci-après dénommés « membres participants » ou « vous » selon le contexte) auprès des Mutuelles co-assureurs.

La présente notice d'information établie par les Mutuelles co-assureurs dans les conditions prévues par le Code de la mutualité définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Cette notice d'information, ainsi que les Statuts de la Mutuelle apériteur MGEN, doivent être remis par le souscripteur à chaque membre participant adhérent au contrat.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est tenu d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par les Mutuelles coassureurs, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat.

La preuve de la remise de la notice et des Statuts de la Mutuelle apériteur MGEN au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur.

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT

Article 1. Préambule

Le présent contrat collectif de prévoyance est conclu entre :

- D'une part : le souscripteur, le souscripteur, la Région Occitanie ;
- D'autre part :
 - la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), organisme assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 678 584,
 - la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) et la Mutuelle Générale de l'Education Nationale Vie (MGEN Vie), organismes assureurs du contrat, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont les sièges sociaux sont situés 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15, immatriculées respectivement au répertoire Sirène sous les numéros SIREN 775 685 399 et 441 922 002.

Agissant en qualité de co-assureurs des risques garantis par le présent contrat.

Les organismes assureurs sont désignés, aux fins des présentes : « les Mutuelles co-assureurs ».

Les relations entre les Mutuelles co-assureurs font l'objet d'une convention de co-assurance qui précise notamment les modalités de concertation entre elles.

Le présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès des Mutuelles co-assureurs, en liaison avec la convention de participation conclue par le souscripteur avec les Mutuelles co-assureurs pour le compte du souscripteur, et à laquelle le souscripteur a adhéré.

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place du Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Le souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé dans la convention de participation mise en place par le souscripteur.

Conformément aux dispositions :

- de l'article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, ci-après dénommé le Décret ;
- de la convention de participation précitée ;

Il incombe au souscripteur de procéder à l'information de l'ensemble de ses agents de la signature de ladite convention de participation, des caractéristiques du présent contrat collectif souscrit auprès des Mutuelles co-assureurs au titre duquel ladite convention de participation est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion au présent contrat collectif.

La résiliation pour quelque cause que ce soit ou le terme de la convention de participation entraîne automatiquement, à la même date, la résiliation du présent contrat collectif de prévoyance. De même, la dénonciation de l'adhésion du souscripteur à la convention de participation entraîne, automatiquement, à la même date, résiliation du présent contrat collectif de prévoyance.

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

La MGEN est désignée comme apériteur. En conséquence, la MNT et MGEN Vie donnent mandat à la MGEN de les représenter et d'accomplir tous les actes nécessaires pour l'exécution du présent contrat de prévoyance en leur nom et pour leur compte. Elle est désignée aux fins des présentes « l'apériteur » ou « la MGEN ». La MGEN, en sa qualité d'apériteur est l'interlocuteur unique de la personne morale souscriptrice, des membres participants et des bénéficiaires, pour l'exécution et la gestion du contrat de prévoyance.

Le contrat est à adhésion facultative pour les agents ou membres du souscripteur relevant des catégories mentionnées ci-dessous. Ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la MGEN. Les modalités de la participation des membres participants et, le cas échéant, des membres honoraires aux assemblées générales de la MGEN sont déterminées par ses statuts.

Par ailleurs, le membre participant pourra souscrire à des garanties individuelles dont les conditions sont mentionnées à la Partie II. GARANTIES FACULTATIVES A ADHESION INDIVIDUELLE du présent contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts de la MGEN. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties.

Les membres participants sont, du fait de leur adhésion au présent contrat, soumis aux dispositions des statuts de la MGEN ; la notice d'information qui leur est remise par le souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

La MGEN a choisi de confier totalement la gestion de ce contrat à GRAS SAVOYE, société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros, dont le siège social est situé : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouton, ayant pour adresse postale CS 70001, 92814 Puteaux Cedex, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 335 171 096 et enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07 001 707 (www.orias.fr).

Article 2. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet d'assurer au membre participant, le versement de prestations au titre :

- de la **garantie collective** : Indemnités Journalières couvrant l'incapacité de travail.
- des **garanties supplémentaires à adhésion individuelle** : Décès et Perte Totale et Irréversible d'autonomie, Invalidité et Perte de retraite.

Le contrat peut être résilié par le souscripteur chaque année à effet du 31 décembre, en adressant à l'apériteur une notification par lettre, par tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une Section de l'apériteur, par acte extrajudiciaire signifié à l'apériteur, et ce au moins deux mois avant le 31 décembre.

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime de base français. Si ultérieurement une nouvelle réglementation, en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur, entraîne une modification des engagements, l'apériteur peut, pour le compte des Mutualités co-assureurs, selon le contexte et les contraintes réglementaires, proposer un ajustement de la cotisation ou une adaptation des prestations dans leurs conditions d'ouverture et/ou leur montant.

Article 3. Assurés

Peuvent être garantis au titre du présent contrat, les agents en activité de service et relevant d'une des catégories suivantes :

- Les fonctionnaires titulaires ;
- Les stagiaires de la fonction publique territoriale ;
- Les contractuels de droit public ;
- Les contractuels de droit privé ;
- Les apprentis.

PARTIE I. GARANTIES COLLECTIVES

Article 4. Conditions d'adhésion

Dans tous les cas, afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à la MGEN le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé. L'adhésion des agents n'est pas conditionnée par l'âge ou l'état de santé.

Les agents adhérant au contrat au jour de la prise d'effet de celui-ci sont admis sans condition, sous réserve que le souscripteur du contrat communique à la MGEN l'état nominatif de ces membres participants.

Les agents peuvent adhérer à la convention de participation postérieurement à l'adhésion de la collectivité sous réserve des conditions suivantes :

- Agents faisant partie du personnel et qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer :
 - Sans aucune condition particulière pour autant que leur adhésion soit demandée moins de 12 mois après la prise d'effet du contrat ou du règlement ;

- Au-delà du délai de 12 mois, elle est subordonnée à un délai de stage de 6 mois. Le délai de stage débute à la date d'effet de votre adhésion. Pendant ce délai de stage il n'y aura pas d'indemnisation de la part de MGEN.
- L'adhésion ne sera soumise à aucun délai de stage si l'agent justifie d'un ancien contrat en prévoyance, couvrant les mêmes risques que celui de la Région, et si son adhésion intervient simultanément à la résiliation de l'ancien contrat.

- Agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer :
 - Sans condition particulière si l'adhésion de l'agent s'effectue dans les 12 mois qui suivent la date d'embauche ;
 - Au-delà du délai de 12 mois, si l'adhésion au titre du contrat est acceptée, elle est subordonnée à un délai de stage de 6 mois. Le délai de stage débute à la date d'effet de votre adhésion. Pendant ce délai de stage il n'y aura pas d'indemnisation de la part de MGEN.
 - L'adhésion ne sera soumise à aucun délai de stage si l'agent justifie d'un ancien contrat en prévoyance, couvrant les mêmes risques que celui de la Région, et si son adhésion intervient simultanément à la résiliation de l'ancien contrat.
- Agents faisant partie du personnel et qui sont en arrêt de travail à la date d'effet du contrat peuvent y adhérer :
 - Sans condition particulière si l'agent en arrêt à la date d'effet de la convention de participation est précédemment garanti par un contrat présentant les mêmes garanties et si l'adhésion de l'agent s'effectue dans les 12 mois qui suivent la date de reprise de son activité. L'agent peut bénéficier des garanties du présent contrat le jour de la reprise effective de ses fonctions.
 - Si l'agent en arrêt à la date d'effet de la convention de participation n'est pas précédemment garanti par un contrat présentant les mêmes garanties, l'agent ne pourra y adhérer qu'à compter du 1er jour du mois qui suit le 31ème jour continu de reprise effective d'activité. Aucune autre condition n'est requise si l'adhésion de l'agent s'effectue dans les 12 mois qui suivent la date de reprise de son activité.
 - Les agents à temps partiel thérapeutique peuvent adhérer sans condition particulière si l'adhésion de l'agent s'effectue dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet du contrat ou du règlement. Toutefois le présent contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privée après avis du comité médical). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.
 - Au-delà du délai de 12 mois, si l'adhésion au titre du contrat est acceptée, elle est subordonnée à un délai de stage de 6 mois.
- Agents faisant partie du personnel et absents de la collectivité pour raisons autres que médicales (ex : agents en congé parental, disponibilité autre que pour raisons médicales, ...) peuvent y adhérer :
 - Les agents absents de la collectivité pour raisons autres que médicales lors de la mise en place du contrat peuvent adhérer dans les 12 mois qui suivent leur reprise d'activité. Passé ce délai, leur adhésion sera soumise à un délai de stage de 6 mois. Le délai de stage débute à la date d'effet de votre adhésion. Pendant ce délai de stage il n'y aura pas d'indemnisation de la part de MGEN.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à la suite d'un démarchage :

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu à l'alinéa ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnés au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. Les Mutuelles co-assureurs sont tenues de rembourser au membre participant le solde au plus tard

dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due aux Mutuelles co-assureurs si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat collectif à adhésion facultative et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance :

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller des Mutuelles co-assureurs, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de trente jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, selon le modèle de rédaction ci-après : « *Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous informe par la présente ma renonciation à mon adhésion aux garanties collectives du contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature).* » La notification peut être adressée à Gras Savoye Prévoyance – TSA 64317 – 77283 AVON CEDEX.

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de trente jours devraient acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture par rapport au montant de la cotisation annuelle. Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts. Les Mutuelles co-assureurs rembourseraient alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elles auraient perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où les Mutuelles co-assureurs reçoivent notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au présent contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenant.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et les Mutuelles co-assureurs, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou aux Mutuelles co-assureurs, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. À tout moment, au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

Article 5. Conditions de prise d'effet et durée du contrat

Le contrat dont les garanties sont décrites dans la présente notice d'information a pris effet au 1er janvier 2019 et selon les conditions fixées par la Convention de Participation conclue entre votre employeur et les Mutuelles co-assureurs. Le contrat cesse en même temps que la résiliation ou le terme de la Convention de Participation.

La résiliation par l'une des parties entraîne la cessation des garanties, dans le cadre du présent contrat, à l'égard de tous les membres participants à la date d'effet de la résiliation.

Article 6. Prise d'effet et durée des garanties

6.1 - Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet à l'égard de chaque membre participant :

- à la date d'effet du contrat souscrit par le souscripteur,
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion si le membre participant adhère postérieurement à la date d'effet du contrat et sous réserve qu'il ne soit pas en arrêt de travail pour raisons médicales à cette date.
- au 1^{er} jour du mois suivant à condition que le membre participant ne soit pas en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de prise d'effet de l'adhésion. Les garanties prennent effet à l'égard de chaque membre participant qui est en arrêt de travail pour maladie ou accident ou à temps partiel pour raison thérapeutique à la date d'effet du contrat :
- dès le 31^{ème} jour si leur demande d'adhésion intervient dans le mois qui suit la reprise d'activité ;
- dès le 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion si l'inscription intervient dans les six mois qui suivent la reprise d'activité et sous réserve que le membre participant ne soit pas en arrêt de travail pour raisons médicales à cette date.
- au 1^{er} jour du mois et à condition que le membre participant ne soit pas en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de prise d'effet de l'adhésion. L'adhésion ne prend pas effet en cas de refus de celle-ci par l'apériteur.

6.2 - Formalités d'adhésion :

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner au gestionnaire le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par ce dernier, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la MGEN et de celles des présentes garanties.

6.3 - Cessation des garanties :

Les garanties cessent au 31 décembre suivant leur prise d'effet. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction, à chaque 1^{er} janvier, sauf résiliation par le membre participant notifiée par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire signifié à l'apériteur ou par le même mode de communication à distance qu'a utilisé le membre participant pour adhérer, et ce au moins deux mois avant le 31 décembre.

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 3 des conditions générales du présent contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur. Toutefois, les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur et ayant été couverts pendant au moins deux ans, pourront bénéficier du maintien des garanties à titre individuel, sous réserve de demander leur adhésion par la signature d'un bulletin,
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties Indemnités Journalières et Décès toutes causes
- à l'âge légal de départ à la retraite pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation des garanties,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant.

En cas de suspension du contrat de travail les garanties sont suspendues de plein droit. La garantie reprend le jour qui suit la fin de la suspension du contrat de travail à condition que le membre participant acquitte de nouveau ses cotisations.

En cas de résiliation du contrat collectif, l'information de cette résiliation vis-à-vis de l'ensemble des agents ayant adhéré audit contrat collectif incombe au seul souscripteur, et ce quel que soit le motif de cette résiliation.

Portabilité

Si les membres participants changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien employeur pour la convention de participation et le contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec les Mutualées co-assureurs. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et les Mutualées co-assureurs. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention et du contrat antérieure à celles stipulées dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. Les Mutualées co-assureurs sont informées de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour les Mutualées co-assureurs.

En cas de départ du membre participant de l'effectif de l'employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée sans réduction des garanties ni révision des taux de cotisation. La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de

réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel employeur. Cette adhésion doit être formalisée au moyen d'un bulletin d'adhésion.

Maintien des garanties

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur et ayant été couverts pourront bénéficier du maintien des garanties à titre individuel pendant 12 mois sous réserve de demander ce maintien des garanties par la signature du bulletin d'adhésion et en s'acquittant la même cotisation que celle payée par les personnes couvertes par le contrat ; il est précisé que la cotisation à acquitter ne bénéficiera alors pas de la participation de l'employeur. Le bénéfice du maintien cesse à la fin de la convention de participation.

Article 7. Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où les Mutuelles co-assureurs en ont eu connaissance.**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**
- **Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre les Mutuelles co-assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

Par dérogation aux dispositions précédentes, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail, garantie ouvrant droit au versement d'indemnités journalières au Membre participant.

La prescription est portée à dix ans pour la garantie décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant. En tout état de cause, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Dans le cas où le bénéficiaire des prestations est mineur ou majeur protégé, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé a atteint sa majorité, ou recouvre sa pleine capacité.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par les Mutuelles co-assureurs au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant aux Mutuelles co-assureurs en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incomptente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périr l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 8. Exclusions

8.1 - Exclusions communes à toutes les garanties y compris le Décès :

LES MUTUELLES CO-ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- B. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,
- D. de mutilation ou blessure volontaires,

- E. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- F. de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- G. de vols sur ailes volantes, ULM, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,
- H. d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,
- I. de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,
- J. d'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits,
- K. d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'ivresse manifeste ou s'il est relevé qu'au moment de l'accident, celui-ci avait un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal prévu par la réglementation en vigueur en matière routière, lorsque sa responsabilité est engagée.

8.2 - Exclusions spécifiques à la garantie Décès :

LES MUTUELLES CO-ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

- L. du suicide dans la première année d'assurance,
- M. du meurtre ou complicité de meurtre commis par un ou plusieurs bénéficiaires sur la personne de l'assuré, dès lors que ce(s) bénéficiaire(s) a(ont) été condamné(s).

TITRE III - GARANTIES

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

Article 9. Subrogation des Mutuelles co-assureurs

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire telles que définies à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, les Mutuelles co-assureurs sont subrogées jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou ayants droit contre les tiers responsables.

Article 10. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat

L'indemnisation des Mutuelles co-assureurs s'effectue selon les dispositions en vigueur du présent contrat à la date de l'arrêt de travail du membre participant.

CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Article 11. Définition du traitement, des primes et indemnités

11.1 - Pour le calcul de la garantie Indemnités Journalières :

12.1.1 – Fonctionnaires et agents de droit public

La rémunération de référence servant de base pour le calcul des prestations correspond à la somme de :

Traitement Indiciaire Brut (TIB) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaire brut (RI) selon la liste définie par la collectivité et ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties.

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP :

IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré ;

VP : représentant la valeur du point indice.

La base de calcul correspond au salaire brut de référence que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

En tout état de cause, le montant de la prestation versée, ne pourra excéder la rémunération nette de référence y compris NBI et RI, que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de toutes contributions et cotisations sociales dues par l'adhérent. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces contributions et cotisations sociales.

12.1.2 – Agents de droit privé

Le salaire de référence servant de base pour le calcul des prestations correspond à la somme de :

Rémunération brute + primes et indemnités récurrentes.

La base de calcul correspond au salaire brut de référence que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

En tout état de cause, le montant de la prestation versée, ne pourra excéder la rémunération nette de référence y compris primes et indemnités récurrentes, que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de toutes contributions et cotisations sociales dues par l'adhérent. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces contributions et cotisations sociales.

Si la cotisation a été appelée sur une rémunération réduite du fait d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la prestation due a pour base de calcul la rémunération brute du dernier mois à plein traitement (il s'agit de la rémunération que le membre participant aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à trois mois, le traitement de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du traitement du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 12. Définition de la garantie

La garantie indemnités journalières a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein et qui se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, et perçoivent à ce titre des prestations soit de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, et après accord du Médecin Conseil de l'apériteur.

Article 13. Montant de la prestation

13.1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires et les agents à temps partiel thérapeutique :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 95 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

Sont prises en considération dans le calcul des prestations, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, les Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur de 95 % du montant de ces primes et indemnités brutes, sous déduction du maintien à 50% des primes et indemnités de la collectivité et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'Article 14 du présent contrat.

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de toutes contributions et cotisations sociales dues par l'adhérent. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces contributions et cotisations sociales.

13.2 -Pour les agents ayant un horaire variable (horaires) :

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 95 % du traitement moyen de référence déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale). Le traitement moyen de référence est égal au montant brut de la moyenne des 12 derniers mois de traitement ayant donné lieu à cotisation. En tout état de cause, les Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur de 45 % du traitement moyen de référence.

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de toutes contributions et cotisations sociales dues par l'adhérent. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces contributions et cotisations sociales.

Article 14. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise

La prestation des Mutuelles co-assureurs est servie à compter de la fin de la période à plein traitement prévue par le statut de la Fonction Publique Territoriale.

14.1 - Pour les agents titulaires ou stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

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

- en cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire (CMO), congé de longue maladie (CLM), congé de longue durée (CLD).

14.2 - Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL :

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

14.3 - Pour les agents non titulaires :

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

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

- à partir du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu (après épuisement de 60 jours continuos ou non sur une période de 12 mois consécutifs).

Article 15. Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit au plus tard au jour de l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein,
- soit en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur le membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 16. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 15 du présent contrat.

CHAPITRE 4 - PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE

Les membres participants ont accès aux actions sociales, solidaires et services de prévention de la MGEN.

➤ Prestations d'action sociale proposées

✓ Aide à l'agent aidant

Allocation annuelle délivrée lorsque l'agent assiste au quotidien son conjoint, pacsé, concubin, son enfant ou son ascendant en état de dépendance totale (GIR 1 ou 2).

Le montant de l'allocation est déterminé en fonction de la situation familiale et des ressources.

✓ Aide exceptionnelle

Aide financière sans contrepartie, attribuée en cas de situation de fragilité financière déstabilisant le budget, pour couvrir des besoins de première urgence jusqu'à concurrence de 1 000 euros.

✓ Avance Spéciale

Prêt, sans intérêt, plafonné à 3 000 €, consenti lorsque la situation administrative de l'agent, en attente d'un paiement de son administration, n'a pu être régularisée.

L'avance est remboursable dans un délai maximum de 4 mois à compter de la date d'attribution.

✓ Prêt Social

Prêt jusqu'à 6 000 €, sans intérêt, sans frais, accordé en cas de difficulté matérielle et/ou pour faire face à une situation imprévisible (divorce, décès, événement climatique...).

Remboursable dans un délai maximum de 48 mois (échéancier personnalisé).

✓ Prêt Installation MGEN/CASDEN

Prêt de 1 000 à 3 000 € à 0% accordés par la CASDEN Banque Populaire pour participer aux frais d'installation dans un nouveau logement.

Il est remboursable en 36 mensualités maximum.

Ces prestations actions sociales sont susceptibles d'évoluer pendant la durée de la convention de participation.

Une telle évolution donnera alors lieu à l'émission d'un avenant et d'une notice d'information modificative.

CHAPITRE 5 - GARANTIE ASSISTANCE

Article 17. Garantie

Les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assistance souscrit auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA).

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par RMA.

Conformément au mandat qui lui est donné par RMA, l'apériteur encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à RMA.

RMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Les garanties d'assistance sont précisées dans la notice en annexe des présentes Conditions Générales.

Article 18. Prise d'effet de la garantie

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant à compter de sa date d'adhésion.

Elles jouent pour un fait génératrice survenu à compter de la date d'adhésion.

Article 19. Cessation de la garantie

La garantie cesse de produire ses effets :

- à la date du départ à la retraite du membre participant,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant ou de non-paiement de la cotisation.

TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS

Article 20. Garantie Indemnités Journalières

20.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser à l'apériteur un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces nécessaires, indiquées ci-dessous, au 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 modification du congé de maladie.

20.2 - Pièces à fournir :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédent l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s).

20.3 - Service des prestations :

Une fois les droits du membre participant ouverts, le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par l'apériteur. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. L'indemnisation des primes et indemnités prises en considération dans l'assiette des cotisations s'effectue dans les conditions ci-après :

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

Article 21. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur

21.1 - Garantie Maintien de Salaire :

Pour les sinistres donnant lieu à la prise en charge partielle des compléments versées aux agents en application des obligations statutaires du souscripteur, soit au titre du régime spécial des fonctionnaires, soit au titre du régime général de la Sécurité Sociale, l'apériteur s'engage à respecter les décisions de l'autorité administrative de qualification de l'arrêt de travail.

Pour les sinistres ne donnant pas lieu à une indemnisation au titre des obligations statutaires du souscripteur, l'apériteur peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'il juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. Il peut également effectuer lui-même tous les contrôles et enquêtes administratives qu'il juge utiles.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles et enquêtes. Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par l'apériteur.

21.2 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

En cas de demande d'un capital pour Perte totale et irréversible d'autonomie, l'apériteur se réserve le droit de demander au membre participant un examen médical approfondi soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, l'apériteur statue sur la demande présentée et notifie sa décision au membre participant.

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

Article 22. Procédure d'arbitrage

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

22.2 - Les honoraires du médecin désigné par les Mutuelles co-assureurs et ceux du tiers expert sont à la charge des Mutuelles co-assureurs. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

Article 23. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des évènements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies sous réserve des contrôles prévus à l'Article 21 jusqu'à épuisement des droits.

Par ailleurs, 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, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

Article 24. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'apériteur décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé, compte tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période déterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre le membre participant pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par le membre participant demeurent acquises aux Mutuelles co-assureurs.

Article 25. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant entraîne la nullité de la garantie maintien de salaire dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les Mutuelles co-assureurs, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux Mutuelles co-assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les Mutuelles co-assureurs se réservent également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elles au membre participant ou à ses ayants droit.

TITRE V - COTISATIONS

Article 26. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

Elle est due par tous les membres participants du souscripteur en activité.

Le taux de cotisation est maintenu pendant trois ans.

A compter de la 4ème année, le taux de la cotisation peut évoluer, en cas d'aggravation de la sinistralité, de variation du nombre d'agents adhérents, d'évolutions démographiques ou de modifications de la réglementation, ayant un caractère significatif, conformément à l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Dans ce cas, la collectivité informe l'ensemble des agents ayant adhéré au contrat collectif. En tout état de cause, la majoration du taux de cotisation est limitée à 5% par an.

Une rencontre annuelle (comité technique) aura lieu pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

A cette fin, l'apériteur adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 31 août, au souscripteur sa demande de modifications des tarifs, accompagnée d'une étude justifiant qu'au moins une des évolutions mentionnées ci-dessus nécessite de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Le souscripteur dispose d'un délai de deux mois pour se prononcer.

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant au contrat collectif. Le souscripteur est tenu d'informer l'ensemble des agents adhérant au contrat collectif de la modification des conditions tarifaires.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées ou en l'absence de réponse du souscripteur dans le délai de deux mois précité, le présent contrat prend automatiquement fin au 31 décembre. Le souscripteur est tenu d'en informer les agents.

Le souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé à la convention de participation ; il est versé directement aux agents.

26.1 -Garantie Indemnités journalières :

La cotisation est exprimée en pourcentage, et s'applique :

- **Pour les agents titulaires** 100% de la rémunération brute plus les primes et indemnités récurrentes.
- **et non titulaires** : 100% de la rémunération brute plus les primes et indemnités récurrentes.

Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations, 100% des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues par les membres participants du souscripteur.

26.2 -Exonération de la cotisation :

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident cotisent uniquement sur la partie du traitement ou de la rémunération versée par l'employeur. En cas d'absence de salaire, les cotisations ne sont pas précomptées.

Article 27. Modalité de paiement de la cotisation

Article 28.1 Adhérents précomptés

Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement. Les cotisations pour le régime de base sont précomptées sur les traitements pour les agents titulaires, en contrat à durée indéterminée, contractuels sur emploi permanent ou en contrat d'apprentissage adhérent au présent contrat par le souscripteur et versées à l'apériteur dans un délai de 30 jours suivant le dernier jour du mois, au titre duquel les prélèvements ont été effectués.

Article 28.2 - Adhérents prélevés

Pour les agents souhaitant souscrire des options et pour les agents en CDD, les cotisations seront payées mensuellement à terme échu et seront versées directement par l'adhérent à l'apériteur.

La cotisation annuelle est reversée par le souscripteur sous forme d'acomptes calculés sur la base de la masse salariale soumise à cotisation du mois civil écoulé et versés mensuellement à terme échu au plus tard dans les trente jours qui suivent la fin de chaque mois civil.

Si la cotisation annuelle totale réglée ne correspondait pas à la cotisation prévue au contrat, il serait procédé à un ajustement en début d'année sur la base d'un état nominatif faisant apparaître les entrées et les sorties de membres participants en cours d'exercice.

Article 28. Défaut de paiement de la cotisation

A défaut de paiement des cotisations par le souscripteur dans les dix jours de leur échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur, l'apériteur l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai susmentionné, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les Mutuelles co-assureurs ont le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours susvisé.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente des Mutuelles co-assureurs, ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension de la garantie, ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 29. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur

La procédure prévue à l'article précédent est applicable à l'employeur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle apériteur informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa de l'article précédent et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel les Mutuelles coassureurs ne couvrent plus le risque.

TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS

Article 30. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de leurs activités, les Mutuelles co-assureurs réalisent différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

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

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

Les données sont destinées aux personnels habilités des Mutuelles co-assureurs et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Aux fins des intérêts légitimes des Mutuelles co-assureurs à garantir à leurs adhérents des services de qualité, l'apériteur partage avec les organismes de rattachement des adhérents concernés des informations à caractère personnel facilitant leur identification, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par l'apériteur ou l'entité de rattachement de l'adhérent, et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web. Les entités de rattachement de l'adhérent ou l'apériteur, selon les traitements considérés, agissent en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par les Mutuelles co-assureurs. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux (2) ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec les Mutuelles co-assureurs ou avec l'organisme de rattachement. Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'apériteur pour l'ensemble des traitements qui relèvent directement des services opérés par l'apériteur.

Dans certains cas, les Mutuelles co-assureurs, pour utiliser ces données personnelles, doivent requérir le consentement du membre participant. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. MGEN apéritrice informera les membres participants de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-dessus, MGEN apéritrice informera alors les membres participants et, si nécessaire, leur demandera leur consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la légité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, les membres participants disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de leurs données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données les concernant. Les membres participants disposent également du droit de décider du sort de leurs données après leur décès.

Sans opposition de leur part, leurs données personnelles pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par les Mutualités co-assureurs.

Pour l'exercice de ces droits, les membres participants peuvent envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant leur signature, par courrier postal à l'adresse :

MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Protection des données Gestion CNIL – CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Les demandes peuvent également être faites sur le site de la MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-données> .

Les membres participants peuvent également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

Les membres participants peuvent enfin enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr/>. »

Article 31. Réclamation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et l'apériteur.

En cas de contestation relative aux garanties, les réclamations doivent être formulées par le membre participant auprès de Gras Savoye :

- par email : prev.adherents@grassavoye.com ou via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel ;
- par téléphone au 03 66 33 98 85 (service gratuit + prix appel) ;
- par courrier à l'adresse :

Gras Savoye Prévoyance
TSA 64317
77283 AVON CEDEX

- en point d'accueil.

Si le membre participant ou ses ayants droit sont en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, ils ont la possibilité d'adresser une réclamation à la Mutuelle apériteur à l'adresse suivante :

CNPM - MÉDIATION - CONSOMMATION
27, avenue de la Libération
42400 SAINT-CHAMOND

via le site <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

IMPORTANT : Tout recours au service réclamation de la Mutuelle apériteur doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le gestionnaire Gras Savoye (premier niveau de réclamation).

Si le litige persiste malgré les échanges avec la Mutuelle apériteur, ou si le membre participant ou ses ayants droit n'obtiennent pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, ils peuvent saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans
75748 Paris Cedex 15

- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr ;
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Enfin, si le litige persiste après épuisement de ces procédures internes de traitement des réclamations, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- soit en ligne à l'adresse suivante : www.mediateur-mutualite.fr.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 32. Clause d'attribution de compétence

La juridiction judiciaire est seule compétente pour connaître des litiges susceptibles de survenir lors de l'exécution du présent contrat.

Contrat co-assuré par la MGEN, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399

Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15

la MGEN Vie, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 441 922 002

Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15

la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.

Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS

PARTIE II. GARANTIES SUPPLEMENTAIRES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES

TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 33. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion

Les garanties supplémentaires à adhésion individuelle présentées ci-dessous, ne peuvent être souscrites que par les agents ayant adhéré aux garanties collectives telles que définies précédemment.

L'adhésion aux garanties supplémentaires à adhésion individuelle prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la demande d'adhésion par l'apériteur.

L'adhésion ne prend pas effet en cas de refus de celle-ci par les Mutuelles co-assureurs.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties : le membre participant ou l'apériteur.

Le membre participant peut résilier son adhésion par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire signifié à l'apériteur ou par le même mode de communication à distance qu'il a utilisé pour adhérer, et ce au moins **deux mois** avant le 31 décembre.

La dénonciation par l'apériteur doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au souscripteur au moins deux mois avant le 31 décembre.

Article 34. Conditions d'adhésion

Les agents adhérant aux garanties facultatives au jour de la prise d'effet du contrat sont admis sans condition.

Dans tous les cas, afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à la MGEN le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé. L'adhésion des agents n'est pas conditionnée par l'âge ou l'état de santé.

Les agents peuvent adhérer à la convention de participation postérieurement à l'adhésion de la collectivité sous réserve des conditions suivantes :

- Agents faisant partie du personnel et qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer :
 - Sans aucune condition particulière pour autant que leur adhésion soit demandée moins de 12 mois après la prise d'effet du contrat ou du règlement ;
 - Au-delà du délai de 12 mois, si l'adhésion au titre du contrat est acceptée, elle est subordonnée à un délai de stage de 6 mois. Le délai de stage débute à la date d'effet de votre adhésion. Pendant ce délai de stage il n'y aura pas d'indemnisation de la part de MGEN.
- Agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer :
 - Sans condition particulière si l'adhésion de l'agent s'effectue dans les 12 mois qui suivent la date d'embauche ;
 - Au-delà du délai de 12 mois, si l'adhésion au titre du contrat est acceptée, elle est subordonnée à un délai de stage de 6 mois. Le délai de stage débute à la date d'effet de votre adhésion. Pendant ce délai de stage il n'y aura pas d'indemnisation de la part de MGEN.
- Agents faisant partie du personnel et qui sont en arrêt de travail à la date d'effet du contrat peuvent y adhérer :
 - Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat ne pourront y adhérer qu'à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le 31^{ème} jour continu de reprise effective d'activité ;

Toutefois, l'agent en arrêt à la date d'effet de la convention de participation et précédemment garanti par un contrat présentant les mêmes garanties et qui demanderait à adhérer au contrat ou au règlement de la présente convention de participation dans les 12 mois suivant sa mise en place, bénéficierait des garanties du présent contrat le jour de la reprise effective de ses fonctions.

- Les agents à temps partiel thérapeutique peuvent adhérer sans condition. Toutefois le présent contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privée après avis

du comité médical). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.

• Agents faisant partie du personnel et absents de la collectivité pour raisons autres que médicales (ex : agents en congé parental, disponibilité autre que pour raisons médicales, ...) peuvent y adhérer :

- Les agents absents de la collectivité pour raisons autres que médicales lors de la mise en place du contrat peuvent adhérer dans les 12 mois qui suivent leur reprise d'activité. Passé ce délai, leur adhésion sera subordonnée à un délai de stage de 6 mois. Le délai de stage débute à la date d'effet de votre adhésion. Pendant ce délai de stage il n'y aura pas d'indemnisation de la part de MGEN.

Le membre participant peut demander un changement d'option de garanties au début de chaque année, sous réserve d'un préavis de deux mois. Dans le cas où le changement de d'option consiste à une augmentation des garanties, un délai de stage d'un an est appliqué aux nouvelles garanties souscrites à compter de la date de changement de d'option.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à la suite d'un démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu à l'alinéa ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la notification mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. Les Mutuelles co-assureurs sont tenues de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due aux Mutuelles co-assureurs si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat collectif à adhésion facultative et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance :

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller des Mutuelles co-assureurs, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique selon le modèle de rédaction ci-après : « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous informe par la présente ma renonciation à mon adhésion aux garanties supplémentaires à adhésion individuelle du contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature). » La notification peut être adressée à Gras Savoye Prévoyance – TSA 64317 – 77283 AVON CEDEX

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de quatorze jours devraient acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture par rapport au montant de la cotisation annuelle.

Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts. Les Mutuelles co-assureurs rembourseraient alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elles auraient perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où les Mutuelles co-assureurs reçoivent notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au présent contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenant.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et les Mutuelles co-assureurs, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou aux Mutuelles co-assureurs, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. À tout moment au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

Article 35. Formalités d'adhésion

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à l'apériteur le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par ce dernier, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de MGEN apériteur et de celles des présentes garanties ;

Article 36. Information des membres participants

Une notice d'information établie par les Mutuelles co-assureurs dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Cette notice d'information, ainsi que les statuts de MGEN apériteur, doivent être remis par le souscripteur à chaque membre participant inscrit au contrat.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est tenu d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par les Mutuelles co-assureurs, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la preuve de la remise de la notice aux membres participants ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

Article 37. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant aux Mutuelles co-assureurs entraîne la nullité de la garantie dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les Mutuelles co-assureurs, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux Mutuelles co-assureurs qui ont le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les Mutuelles co-assureurs se réservent également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elles au membre participant ou à ses ayants droit.

Article 38. Exclusions

LES MUTUELLES CO ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,**
- B. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,**
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,**
- D. de mutilation ou blessure volontaires,**
- E. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,**

- F. **de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,**
- G. **de vols sur ailes volantes, ULM, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,**
- H. **d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,**
- I. **de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,**
- J. **d'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits,**
- K. **d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'ivresse manifeste ou s'il est relevé qu'au moment de l'accident, celui-ci avait un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal prévu par la réglementation en vigueur en matière routière, lorsque sa responsabilité est engagée.**

Article 39. Définition de la base de calcul des prestations

Pour le calcul de la garantie Invalidité :

- Pour les fonctionnaires et agents de droit public : la rémunération de référence servant de base pour le calcul des prestations correspond à la somme de :

Traitements Indiciaires Brut (TIB) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaire (RI) selon la liste définie par la collectivité.

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP.

- IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré ;
- VP : représentant la valeur du point indice.

Pour le calcul des prestations, la base de calcul correspond au salaire brut de référence que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

En tout état de cause, le montant de la prestation versée, ne pourra excéder la rémunération nette de référence y compris NBI et RI, que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de toutes contributions et cotisations sociales dues par l'adhérent. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces contributions et cotisations sociales.

- Pour les agents de droit privé :

Le salaire de référence servant de base pour le calcul des prestations correspond à la somme de :

Rémunération brute + primes et indemnités récurrentes

Pour le calcul des prestations, la base de calcul correspond au salaire brut de référence que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

En tout état de cause, le montant de la prestation versée, ne pourra excéder la rémunération nette de référence y compris primes et indemnités récurrentes, que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de toutes contributions et cotisations sociales dues par l'adhérent. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces contributions et cotisations sociales.

- Pour le calcul de la garantie Décès et PTIA :

Les prestations sont exprimées en pourcentage :

- o du traitement de référence correspondant au traitement indiciaire brut fixe, plus la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute ayant donné lieu au paiement de la cotisation au titre des présentes garanties.

des primes et indemnités mensuelles brutes ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par le membre participant Garantie Décès et PTIA. La cotisation est exprimée en pourcentage et s'applique sur les bases suivantes :

- Pour les fonctionnaires et agents de droit public : la rémunération de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la somme de :

Traitements Indiciaires Brut (TIB) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaire (RI) selon la liste définie par la collectivité.

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP.

- IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré ;

- VP : représentant la valeur du point indice.

- Pour les agents de droit privé :

Le salaire de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la somme de :
Rémunération brute + primes et indemnités récurrentes.

Garanties Invalidité - Perte de retraite :

La cotisation est exprimée en pourcentage et s'applique sur les bases suivantes :

- Pour les fonctionnaires et agents de droit public : la rémunération de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la somme de :

Traitements Indiciaires Brut (TIB) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaire (RI) selon la liste définie par la collectivité.

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP.

- IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré ;
- VP : représentant la valeur du point indice.

- Pour les agents de droit privé :

Le salaire de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la somme de :
Rémunération brute + primes et indemnités récurrentes.

- Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations, les primes et indemnités à périodicité mensuelle et à montant fixe.

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

Les primes et indemnités prises en compte comme base de cotisation sont les primes, indemnités, gratifications brutes (selon la liste définie par la Collectivité et disponible en annexe X) qu'aurait perçu l'agent en activité normale de service.

Mise à jour annuelle de la base de cotisation :

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

En l'absence de déclaration de la part du membre participant des éléments de rémunération du dernier mois de septembre soumis à cotisation, une revalorisation automatique est appliquée à la base de cotisation de l'exercice précédent. Les prestations seront calculées sur cette base dans le respect des règles du cumul.

a) Exonération de la cotisation :

Les membres participants percevant des prestations au titre des garanties Invalidité et Perte de Retraite sont exonérés du paiement des cotisations.

c) Modalités de paiement de la cotisation :

Les cotisations sont prélevées directement auprès de chaque agent par prélèvement bancaire.

Les cotisations annuelles mentionnées aux conditions particulières et en annexe du présent contrat sont prélevées mensuellement à terme échu dans les dix jours de leur échéance avec ajustement en fin d'année mais elles peuvent être fractionnées (paiement mensuel, trimestriel ou semestriel).

Le membre participant s'engage à communiquer à l'apériteur les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations, et au paiement des prestations. Il s'engage ainsi à communiquer à l'apériteur ses nouvelles coordonnées bancaires résultant de la mise en place de l'Espace unique de paiement en euros (« SEPA »), et notamment :

- l'identifiant international de son établissement financier, régulièrement désigné par le sigle BIC ;
- l'identifiant international de son compte bancaire, fréquemment désigné par le sigle IBAN.

a/ En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, le membre participant autorise l'apériteur à prélever le montant correspondant aux cotisations dues par le membre participant pour sa couverture ; ce montant sera communiqué par l'apériteur au membre participant sept jours calendaires au moins avant la date du

premier prélèvement et quatorze jours calendaires au moins avant cette date dans le cas où le membre participant aurait adhéré à distance aux Mutuelles co-assureurs. Le membre participant s'engage donc à retourner à l'apériteur, dûment rempli, et dans un délai de sept jours suivant l'adhésion, le mandat de prélèvement qu'elle lui aura remis, accompagné d'un relevé d'identité bancaire mentionnant l'identifiant international de son établissement financier et l'identifiant international de son compte bancaire.

b/ En cas de modification des cotisations pour quelle que cause que ce soit, et notamment en cas de changement des garanties, par exemple au cours d'une période d'assurance, entraînant une modification des cotisations, ou en cas de modification des cotisations décidées par le Conseil d'Administration, le membre participant autorise expressément l'apériteur à prélever le montant de la fraction de cotisation correspondant aux modifications intervenues, au titre de la période au cours de laquelle lesdites modifications prendront effet.

L'apériteur adressera l'échéancier modifié au membre participant préalablement à la réalisation du prélèvement.

c/ Dans le cas où, du fait du membre participant, le prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation n'aurait pas pu être effectué pour la ou les échéances pour lesquelles elles étaient dues, et notamment en cas de non approvisionnement du compte du membre participant, ce dernier autorise expressément l'apériteur à prélever, lors de l'échéance suivante, la fraction de cotisation demeurée impayée, et la ou les fractions de cotisation venues à échéance, ainsi que les éventuels frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, l'apériteur adressera dans les meilleurs délais au membre participant un courrier informatif justifiant du prélèvement majoré en raison des cotisations impayées.

d/ En cas d'opposition au prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation se révélant injustifiée, le membre participant autorise l'apériteur à prélever, dès règlement du litige l'opposant à l'apériteur :

- le montant de la ou des fractions de cotisation dont le paiement a été refusé par le membre participant ;
- les fractions de cotisation venues à échéance depuis cette date ;
- ainsi que les frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, l'apériteur adressera dans les meilleurs délais un courrier informatif justifiant ce prélèvement au membre participant.

d) Défaut de paiement de la cotisation :

Le membre participant dispose d'un délai de dix jours suivant la date d'échéance pour s'acquitter de sa cotisation ou fraction de cotisation. Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe

A compter de cette échéance, la Mutuelle apériteur peut résilier la garantie quarante jours après la notification de la mise en demeure du Membre participant. Cette lettre de mise en demeure ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, 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.

Toutefois, les Mutuelles co-assureurs peuvent surseoir à l'application de la résiliation dans le cas où le membre participant justifie que le retard dans le versement de sa cotisation est dû à un cas de force majeure.

En tout état de cause, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements après résiliation de l'adhésion.

Article 40. Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où les Mutuelles co-assureurs en ont eu connaissance.**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**
- **Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre les Mutuelles co-assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation

d'un risque, ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par les Mutuelles co-assureurs au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant aux Mutuelles co-assureurs en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périr l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.

Article 41. Cessation des garanties

L'assurance cesse de produire ses effets :

- **en cas de non-paiement de la cotisation ;**
- **dès que le membre participant atteint l'âge légal de départ à la retraite pour la garantie Invalidité ;**
- **au décès du membre participant ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat ;**
- **à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.**

Article 42. Subrogation des Mutuelles co-assureurs

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire telles que définies par le Code de la Mutualité, les Mutuelles co-assureurs sont subrogées jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou ayants droit contre les tiers responsables.

Article 43. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat

L'indemnisation des Mutuelles co-assureurs s'effectue selon les dispositions en vigueur du présent contrat à la date de l'arrêt de travail du membre participant.

Article 44. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de leurs activités, les Mutuelles co-assureurs réalisent différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

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

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

Les données sont destinées aux personnels habilités des Mutuelles co-assureurs et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Aux fins des intérêts légitimes des Mutuelles co-assureurs à garantir à leurs adhérents des services de qualité, l'apériteur partage avec les organismes de rattachement des adhérents concernés des informations à caractère personnel facilitant leur identification, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par l'apériteur ou l'entité de rattachement de l'adhérent, et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web. Les entités de rattachement de l'adhérent ou l'apériteur, selon les traitements considérés, agissent en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par les Mutuelles co-assureurs. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux (2) ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec les Mutuelles co-assureurs ou avec l'organisme de rattachement. Les adhérents peuvent exercer leurs droits

auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'apériteur pour l'ensemble des traitements qui relèvent directement des services opérés par l'apériteur.

Dans certains cas, les mutuelles co-assureurs, pour utiliser ces données personnelles, doivent requérir le consentement du membre participant. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. Les Mutuelles co-assureurs l'informeront alors de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-dessus. Les Mutuelles co-assureurs informeront alors le membre participant et, si nécessaire, lui demanderont son consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par les mutuelles co-assureurs.

Pour l'exercice de ces droits, le membre participant peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de gestion de la Verrière-Protection des données Gestion CNIL - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15. Les demandes peuvent également être faites sur le site de la MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>.

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

Le membre participant peut enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr/>.

Article 45. Réclamation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et l'apériteur.

En cas de contestation relative aux garanties, les réclamations doivent être formulées par le membre participant auprès de Gras Savoye :

- par email : prev.adherents@grassavoye.com ou via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel ;
- par téléphone au 06 66 33 98 85 (service gratuit + prix appel) ;
- par courrier à l'adresse :

Gras Savoye Prévoyance
TSA 64317
77283 AVON CEDEX

- en point d'accueil.

Si le membre participant ou ses ayants droit sont en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, ils ont la possibilité d'adresser une réclamation à la Mutuelle apériteur à l'adresse suivante :

MGEN- Direction Relation Adhérents / Réclamations
3, square Max-Hymans
75748 Paris Cedex 15

IMPORTANT : Tout recours au service réclamation de la Mutuelle apériteur doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le Service Adhérents (premier niveau de réclamation).

Si le litige persiste malgré les échanges avec la Mutuelle apériteur, ou si le membre participant ou ses ayants droit n'obtiennent pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, ils peuvent saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

- via le site <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Enfin, si le litige persiste après épuisement de ces procédures internes de traitement des réclamations, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- soit en ligne à l'adresse suivante : www.mediateur-mutualite.fr.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas d'échec de la convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

TITRE II - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article 46. Définition de la garantie Décès - PTIA toutes causes

La garantie a pour objet de :

- Garantir en cas de décès des membres participants n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein, le versement d'un capital égal à 95 % du traitement de référence annuel, plus, 95 % du montant des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues sur les 12 derniers mois, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 20 ci-après.
- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'0 ci-après.

Par perte totale et irréversible d'autonomie, il faut entendre :

- Soit l'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L. 341-4, 3^{ème} du Code de la Sécurité Sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité Sociale,
- Soit les invalides qui étant absolument incapables d'exercer une profession quelconque, sont en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Article 47. Clause de renonciation

Tout membre participant ayant adhéré à la faculté de renoncer à son adhésion pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi ou un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Ce droit est à exercer par notification effectuée à l'apériteur par lettre ou tout autre support durable adressé à l'apériteur, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire signifié à l'apériteur ou par un le même mode de communication à distance que celui qu'a utilisé le membre participant pour adhérer, en indiquant « je soussigné (nom et prénom du membre participant), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif (mentionner ici la

dénomination du contrat collectif) et entendez recevoir dans un délai maximum de 30 jours la restitution intégrale des sommes versées. (date et signature) ».

La renonciation entraîne la restitution, par l'apériteur, de l'intégralité des sommes versées par le membre participant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification mentionnée ci-dessus. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article 48. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès

Les bénéficiaires des capitaux sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du membre participant auprès de l'apériteur.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

A mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;

1- A défaut à mon concubin ou à mon partenaire de pacte civil de solidarité ayant toujours cette qualité au jour du décès ;

2- A défaut à mes enfants nés ou à naître, à parts égales entre eux ;

3- A défaut à mes descendants ;

4- A défaut à mes héritiers.

Pour toute désignation particulière de bénéficiaire(s), le membre participant peut se référer au formulaire de désignation joint en annexe du bulletin d'adhésion. La désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires de la prestation peut également être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique. En l'absence de désignation d'un bénéficiaire ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le membre participant dispose à tout moment du droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre.

Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par la modification du formulaire de désignation joint en annexe du bulletin d'adhésion, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire.

L'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues ci-dessous, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément. Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être effectuée sous la forme d'un avenant signé de l'apériteur, du membre participant et du bénéficiaire. 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 à l'égard de l'apériteur que si elle lui a été notifiée par écrit. Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente 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.

Toute révocation légalement prévue, entraînera le retour à la clause bénéficiaire par défaut prévue au présent article.

Article 49. Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire des capitaux n'est autre que le membre participant lui-même.

Le versement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie libère définitivement les Mutuelles co-assureurs de toute obligation lors du décès ultérieur du membre participant.

Article 50. Maintien des garanties Décès

Les membres participants percevant des prestations incapacité de travail ou invalidité ou perte de retraite bénéficient du maintien des garanties décès si elles sont souscrites, y compris en cas de résiliation de la convention et ce jusqu'à la cessation des garanties Décès tel que mentionné à l'Article 6.3 - .

Article 51. Obligation des Mutuelles co-assureurs concernant les garanties décès

51.1 - Information sur le terme du contrat

L'apériteur adresse au membre participant au plus tard un mois avant la date du terme du contrat un relevé d'information spécifique mentionnant la date du terme de l'adhésion au contrat collectif et le montant des capitaux garantis.

Ce relevé d'information spécifique est également adressé au membre participant avant chaque date de reconduction tacite, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Si le membre participant ou le bénéficiaire ne s'est pas manifesté dans l'année qui suit la date du terme de l'adhésion au contrat collectif, le relevé d'information spécifique est à nouveau adressé au membre participant dans le mois qui suit le premier anniversaire du terme du contrat.

51.2 - Information sur le délai de versement des capitaux décès :

L'apériteur dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire, afin de demander au bénéficiaire du capital de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

A réception de ces pièces, l'apériteur verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital garanti au bénéficiaire.

Au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal. Au-delà du délai d'un mois prévu au deuxième alinéa, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en application de l'alinéa précédent s'impute sur le calcul de ce délai de deux mois. Si, au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, l'apériteur a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

51.3 - Revalorisation des capitaux décès et plafonnement des frais prélevés après la connaissance du décès :

Les frais prélevés par l'apériteur après la date de connaissance du décès du membre participant et avant le versement du capital ne peuvent être supérieurs aux frais qui auraient été prélevés si le décès n'était pas survenu. Par ailleurs, l'apériteur ne peut prélever de frais au titre de l'accomplissement de ses obligations de recherche et d'information.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt dès la date du décès de l'assuré, et ce jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 51.2 - du présent contrat ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article 51.4 - du présent contrat. A compter de la date de connaissance du décès par l'apériteur, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

51.4 - Transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations des capitaux décès non réclamés :

Les sommes dues au titre du présent contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par l'apériteur du décès du membre participant ou de l'échéance de l'adhésion au contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Six mois avant le transfert à l'Etat ou avant le dépôt à la Caisse des dépôts et consignations mentionnés ci-dessus, l'apériteur informe, par courrier recommandé et par tout autre moyen à sa disposition, les titulaires et souscripteurs, leurs représentants légaux, leurs ayants droit ou les bénéficiaires des clauses du contrat dont les capitaux font l'objet des dispositions prévues ci-dessus de la mise en œuvre de ces dispositions.

La Caisse des dépôts et consignations organise la publicité appropriée de l'identité des membres participants ayant adhéré au contrat collectif, dont les sommes garanties ont fait l'objet du dépôt mentionné au présent article, afin de permettre aux bénéficiaires des règlements de percevoir les sommes qui leur sont dues. Ces derniers communiquent à la Caisse des dépôts et consignations les informations permettant de vérifier leur identité et de déterminer le montant des sommes qui leur sont dues.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations en application du présent article et qui n'ont pas été réclamées par leurs bénéficiaires sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

TITRE III - GARANTIE INVALIDITE

Article 52. Définition de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite et qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité

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

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 1^e, 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 1^e, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 53. Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'article 43.

Article 54. Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- la date de la mise à la retraite pour invalidité

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

- la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 1^e, 2^e ou 3^e catégorie,
- ou la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 55. Montant de la prestation et service de la rente

55.1 - Montant de la rente :

Le montant de la rente mensuelle est calculé sur la base de 95 % du traitement de référence qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension d'invalidité CNRACL, pension ou rente d'invalidité ou d'incapacité de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

55.2 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, mes Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur de 95 % du montant de ces primes et indemnités brutes.

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de toutes contributions et cotisations sociales dues par l'adhérent. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces contributions et cotisations sociales.

55.3 - Règle de cumul :

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par la CNRACL, la sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 100 % du traitement de référence, plus 100 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles pris en compte au jour de la prise en charge par les Mutuelles co-assureurs au titre de la présente garantie revalorisé sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction publique.

En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par les Mutuelles co-assureurs est réduite à due concurrence de ce montant.

55.4 - Revalorisation :

Les Mutuelles co-assureurs définissent le taux de revalorisation de la rente au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité assurées par les Mutuelles co-assureurs. La revalorisation s'effectue dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

55.5 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 56. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit à l'apériteur :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- les 3 derniers bulletins de salaire
- l'arrêté de radiation des cadres,
- le document CNRACL intitulé « décompte définitif de pension CNRACL » (document à fournir dans sa totalité),
- les bulletins de paiements émanant de la CNRACL,

- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE).

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

- la notification d'attribution d'une pension invalidité Sécurité sociale 1^e ou 2^e ou 3^e catégorie,
- les 3 derniers bulletins de salaire
- l'arrêté de licenciement pour inaptitude,
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66 %,
- les décomptes de paiements de la Sécurité sociale,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE).

56.1 - Service des prestations Invalidité :

Les membres participants percevant une rente d'Invalidité au titre du présent contrat doivent adresser à l'apériteur avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de leur pension d'invalidité accompagné de toute autre pièce justificative que les Mutuelles co-assureurs se réservent le droit de demander.

Article 57. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des événements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies jusqu'à épuisement des droits.

Par ailleurs, 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, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

Article 58. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'apériteur décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé, compte tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période déterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre le membre participant pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par le membre participant demeurent acquises à l'apériteur.

Article 59. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, du membre participant,
- que le membre participant atteint l'âge légal de départ à la retraite,
- le décès du membre participant.

Article 60. Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 59.

TITRE IV - GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Article 61. Objet de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir une rente viagère au membre participant des Mutuelles co-assureurs en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant l'âge légal de départ à la retraite. Sont considérés comme invalides, les membres participants qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

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

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 1^e, 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 1^e, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 62. Conditions d'adhésion

L'adhésion à la présente garantie est subordonnée à l'adhésion à la garantie Invalidité décrite au Titre II ci-avant et sous réserve de répondre aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article 43.

Article 63. Point de départ du versement de la rente

La rente est servie dès que le membre participant a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Article 64. Montant et service de la rente

64.1 - Montant de la rente :

Le montant de la rente mensuelle est égal à 100 % de la perte de retraite.

La perte de retraite est définie par la différence entre le montant de la retraite que le membre participant aurait perçu à la date de prise en charge au titre de la présente garantie s'il n'avait pas cessé son activité et le montant total des diverses pensions dont le membre participant bénéficie (retraite de la CNRACL, de la Sécurité sociale, de l'IRCANTEC, ou pension ou rente de tout autre organisme).

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

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

64.2 - Revalorisation :

Les Mutuelles co-assureurs définissent le taux de revalorisation de cette rente au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité et perte de retraite assurées par les Mutuelles co-assureurs. La revalorisation s'effectuera dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

64.3 - Règle de cumul :

Le montant de la rente versée par les Mutuelles co-assureurs augmenté du montant des pensions et retraites des régimes légaux, ou de tout autre somme ou prestation de même nature que celle du présent contrat, ne peut excéder une indemnisation supérieure à 100 % de la perte de retraite tel que défini à l'Article 64.1 -ci-dessus.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par les Mutuelles co-assureurs sont réduites à due concurrence de ce montant.

64.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 65. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit à l'apériteur :

- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL,
- le titre de pension de retraite (notification d'attribution d'une pension ou d'une retraite à titre inapte),
- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire.

65.1 - Service des prestations Perte de retraite :

Les membres participants percevant une rente perte de retraite au titre du présent contrat doivent adresser à l'apériteur, avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de leur pension de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que l'apériteur se réserve le droit de demander.

Article 66. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des évènements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies jusqu'à épuisement des droits.

Par ailleurs, 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, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

Article 67. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'apériteur décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé, compte tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période déterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre le membre participant pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par le membre participant demeurent acquises à l'apériteur.

Article 68. Terme du versement de la rente

- au décès du membre participant.

Article 69. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au décès du membre participant.

Contrat co-assuré par la MGEN, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399

Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15

la MGEN Vie, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 441 922 002

Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15

la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.

Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS