

Code partenaire : 75M007

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

PREMUO GARANTIES INCAPACITÉ DE TRAVAIL INVALIDITÉ

M092

Souscrit par la CDC Mutuelle

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2017



1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat M092 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice, dont les mentions légales sont portées en annexe, auprès de MFPrévoyance ci-après dénommée l'Assureur (62, rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13– RCS 507 648 053 Paris).
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction du traitement ou salaire net imposable de l'année précédente selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 6.1 « Assiette de cotisation » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 3.2 « Prise d'effet de l'adhésion » de la présente notice d'information.
5. Le contrat, objet de la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 2.1 « Objet », de garantir aux Assurés lors de la survenance du risque, le versement de prestations.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 8 « Risques exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat M092 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat M092, relatif à la présente notice d'information, s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information.
9. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat M092 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
10. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 6.4 « Paiement des cotisations ».
11. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
12. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 3.3 « Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance » de la présente notice d'information.
13. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle la souscriptrice, l'Adhérent et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
14. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 21 « Renseignement- Réclamation-Médiation ».

2. Objet du contrat et définitions

2.1 Objet

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat collectif régi par le Code des assurances et est soumis à la législation française.

Il est souscrit par la CDC Mutuelle, immatriculée sous le numéro SIREN 784 301 434 et dont le siège est situé au 12, avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance, ci-après dénommé « l'Assureur ».

La garantie est collective et indissociable de l'appartenance à la Mutuelle souscriptrice.

Il relève des branches (1) Accident et (2) Maladie définies à l'article R 321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

La langue utilisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information est la langue française.

Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet de garantir aux Adhérents lors de la survenance des risques invalidité et incapacité de travail, le versement des prestations selon les modalités définies ci-après.

La Mutuelle souscriptrice informe les Adhérents des modifications apportées à la présente notice d'information.

2.2 Définitions

L'Accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Adhérent, directement et exclusivement responsable d'une atteinte corporelle. Sont réputés répondre à cette définition, les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration. **Les événements liés à des actes médicaux ou chirurgicaux ne sont pas considérés comme accidentels, s'ils ne découlent pas directement et exclusivement de l'Accident.**

L'Adhérent est le Membre participant en situation d'activité de la Mutuelle souscriptrice, répondant aux conditions d'adhésion définies à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » de la présente notice d'information, et acquittant sa cotisation.

L'Assuré est celui sur la tête duquel repose le risque garanti.

L'Assureur est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFPrévoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat, objet de la présente notice d'information.

Le Bénéficiaire : personne qui recevra les prestations versées par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Délai de franchise est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée.

Le Membre participant est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts et son règlement mutualiste.

La pension de retraite théorique est la ou les pension(s) de retraite qu'aurait perçue l'Adhérent en cessant ses activités à l'âge légal de la retraite dans le même grade et le même échelon ou avec le même traitement qu'à l'âge auquel il peut prétendre à une retraite à taux plein.

La Mutuelle souscriptrice est personne morale qui signe le contrat relatif à la présente notice d'information au bénéfice de ses Membres participants. Il s'agit de la CDC Mutuelle, immatriculée sous le numéro SIREN 784 301 434 et dont le siège est situé au 12, avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris.

La Valeur du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente.

Les Personnes assimilées à un fonctionnaire sont les auxiliaires et contractuels ayant plus de cinq (5) années de présence dans l'Administration et bénéficiant de 90 jours de plein salaire pour maladie.

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur annuelle du traitement afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 623,23 euros à compter du 1^{er} février 2017.

La Prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

La Rémunération théorique est la somme annuelle du traitement net ou du salaire net, des primes et des indemnités systématiques, percevable à la date de début de la prise en charge par l'Assureur.

3. Adhésion au contrat

3.1 Conditions d'adhésion

3.1.1 Conditions d'âge

Peuvent adhérer au contrat les Membres participants de la Mutuelle souscriptrice en situation effective d'activité, **âgés de moins de quarante-cinq (45) ans**.

3.1.2 Conditions médicales

L'adhésion au contrat, objet de la présente notice d'information, s'effectue :

- Sans contrôle médical si la demande d'adhésion est présentée avant l'âge de quarante-cinq (45) ans et dans le délai de trois (3) ans qui suit l'entrée dans la première fonction administrative ;
- avec contrôle médical, dans tous les autres cas.

Le contrôle médical est exercé sous forme de questionnaire et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'Assureur et aux frais de celui-ci.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de trois (3) mois à compter de la date de signature apposée par le candidat à l'assurance.

L'adhésion est soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le candidat au questionnaire de santé et de toutes autres pièces demandées par le médecin conseil.

Au terme de l'examen du dossier médical du candidat, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve son entrée dans l'assurance,
- accepter son entrée dans l'assurance avec des exclusions médicales,
- ajourner sa décision,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

Si un candidat est inscrit au contrat, objet de la présente notice d'information, sans respecter les formalités médicales, son adhésion est annulée rétroactivement et les versements de primes effectués feront l'objet d'un remboursement par l'Assureur.

3.1.3 Demande d'adhésion

La Mutuelle souscriptrice fait remplir par le candidat une demande d'adhésion au contrat. Le candidat précise son identité, les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d'information.

Cette demande est datée et signée par le candidat à l'assurance.

3.1.4 Fausse déclaration

LES DECLARATIONS FAITES PAR LES ADHERENTS A LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE ET A L'ASSUREUR, AINSI QUE LES DECLARATIONS FAITES PAR LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE A L'ASSUREUR SERVENT DE BASE A LA COUVERTURE.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, LA GARANTIE ACCORDEE A L'ADHERENT PAR L'ASSUREUR EST NULLE EN CAS DE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE L'ADHERENT OU DE LA MUTUELLE SOUSCRIPTRICE TANT LORS DE L'INSCRIPTION QU'AU COURS DU CONTRAT, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE, CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES.

LES COTISATIONS ACQUITTEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS.

3.2 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet au premier jour du mois suivant la date de demande d'adhésion au contrat.

Exception : dans le cas d'une adhésion soumise à contrôle médical, l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information prend effet au premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur.

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion au contrat de l'Adhérent sont couverts au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du 1er janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 5 « Résiliation unilatérale du contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Adhérent » et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent d'un certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat relatif à la présente notice d'information.

3.3 Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

* Si le contrat est vendu à distance :

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation (*si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu*).

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à la Mutuelle souscriptrice une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Par la présente lettre avec avis de réception, je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat M092 que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de € [Montant en euros]).

Le (Date et signature) »

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

3.4 Réintégration au contrat d'anciens Adhérents

Les anciens Adhérents au contrat relatif à la présente notice d'information, placés en disponibilité, en position de congé parental, ou ayant bénéficié d'un congé sabbatique qui réintègrent leur administration d'origine

après l'âge de quarante-cinq (45) ans peuvent adhérer de nouveau au contrat relatif à la présente notice d'information sous réserve du résultat favorable d'un contrôle médical exercé sous forme d'une visite médicale et sur production de la copie du bulletin d'adhésion initial.

Les Adhérents mis en position de détachement ont la faculté de demeurer inscrits au contrat relatif à la présente notice d'information. Si un Adhérent mis en position de détachement demande sa radiation du contrat relatif à la présente notice d'information, il peut y adhérer de nouveau en cas de retour dans son administration d'origine, s'il a conservé la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice et sous réserve des conditions suivantes :

- sans formalité médicale, s'il était couvert pendant cette période par un contrat de même nature souscrit auprès de l'Assureur ou de la CNP Assurances et géré par la Mutuelle souscriptrice.
- avec formalité médicale, dans tous les autres cas.

Les Adhérents mutés dans une autre administration ne sont pas visés par les dispositions du paragraphe ci-dessus. Leur situation est assimilée à un cas de simple transfert, dans la mesure où ils bénéficiaient déjà des garanties décès souscrites dans le cadre du contrat fédéral ou dans le cadre d'un contrat spécifique souscrit auprès de la CNP Assurances.

4. Radiation du contrat

Sous réserve que l'Adhérent ne bénéficie d'aucune prestation du contrat relatif à la présente notice d'information, l'adhésion au contrat cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'Adhérent :

- perd la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice,
- cesse de payer les cotisations au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat, conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des Assurances et décrite à l'article 6.5 « Défaut de paiement des cotisations » de la présente notice d'information.
- est admis à faire valoir ses droits à pension de retraite, quelle qu'en soit la cause,
- atteint son 67^{ème} anniversaire,
- est placé en position de disponibilité ou de congé sans salaire (articles 42, 44, 45, 46, 47 du Décret 85-986 du 16 septembre 1985),
- bénéficie d'un congé parental (articles 52-57 du décret suscit) ou d'un congé sabbatique.

En cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information souscrit par la Mutuelle souscriptrice, l'adhésion au contrat cesse à la date de la résiliation.

Les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint à la date de résiliation.

5. Résiliation unilatérale du contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information de manière unilatérale, par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat relatif à la présente notice d'information.

6. Cotisations

6.1 Assiette de cotisation

L'assiette de cotisation est déterminée annuellement et vaut pour toute l'année civile. La cotisation est exprimée en pourcentage d'un revenu déterminé au plus tard le 31 décembre de l'année précédente, arrondi à l'euro le plus proche. L'assiette de cotisation est égale à 103% du traitement annuel net imposable (primes incluses) ou du salaire annuel net imposable, de l'année précédente.

Toutefois, lorsque l'Adhérent a été indemnisé au titre du contrat relatif à la présente notice d'information plus de 30 jours au cours de l'année précédente, l'assiette de cotisation est égale à celle prise en compte pour le calcul de la cotisation de l'année précédente.

Il est également précisé que l'assiette de cotisation prise en compte lors du passage en rente est celle en vigueur au moment de la mise en rente.

6.2 Plafond de l'assiette de cotisation

L'assiette de cotisation déterminée à l'article 6.1 « Assiette de cotisation » ci-dessus est plafonnée. La valeur du plafond est égale à 3,2 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année précédente, défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information.

6.3 Exonération de cotisations

L'Adhérent qui perçoit une prestation sous forme de rente, c'est-à-dire à compter du 366^{ème} jour d'arrêt de travail, est exonéré du paiement de la cotisation du contrat jusqu'à sa reprise de travail.

6.4 Paiement des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, payable d'avance par l'Adhérent. Cette cotisation peut être fractionnée en échéances périodiques.

Tout mois commencé est dû. Le montant de la cotisation de la première année est calculé en mois entiers prorata temporis pour la période comprise entre

la date d'adhésion et le 31 décembre suivant.

La cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie en fonction des résultats du contrat relatif à la présente notice d'information. La cotisation est appelée à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice selon les modalités déterminées par celle-ci.

6.5 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au moins 10 jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat relatif à la présente notice d'information.

7. Caractéristiques des garanties

7.1 La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières à l'Adhérent en cas d'arrêt de travail pour incapacité de travail avant son 67^{ème} anniversaire, s'il est en situation effective d'activité la veille du premier jour de l'arrêt de travail.

7.2 Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, l'Adhérent âgé de moins de 67 ans qui, à la suite d'une maladie ou d'un Accident survenu et constaté au cours de la période de couverture le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité professionnelle :

- 1) perçoit à ce titre, des prestations en espèces :
 - soit en application du statut de la Fonction Publique,
 - soit au titre de son statut professionnel ou d'un régime de Sécurité sociale,
 - et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle ;
- 2) ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale :
 - soit parce que du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période de référence, il ne remplit pas au jour de l'arrêt de travail les conditions exigées par la Sécurité sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie,
 - soit parce qu'il a épuisé ses droits conformément aux dispositions de l'article L.323-1 du Code de la Sécurité sociale,
 - et est reconnu par l'Assureur en situation d'incapacité de travail au vu des avis d'arrêts de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, à condition que :
 - a) le contrat de travail n'ait pas été rompu pour des raisons autres que celles qui ont donné lieu à prestations au titre du contrat relatif à la présente notice d'information ;
 - b) le salarié ait épuisé ses droits au titre de la

convention collective ou de l'accord d'entreprise dont il bénéficie par ailleurs, et sous réserve du contrôle médical exercé par l'Assureur.

L'Adhérent doit, de sa propre initiative, notifier à l'Assureur la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

7.3 La garantie Invalidité Permanente Totale de travail

L'Assureur garantit le versement à l'Adhérent d'une rente en cas d'arrêt de travail pour Invalidité Permanente Totale de travail avant son 62^{ème} anniversaire.

7.4 Définition de l'Invalidité Permanente Totale de travail

Est considéré comme étant atteint d'une invalidité permanente totale de travail tout Adhérent avant son 62^{ème} anniversaire qui, à la suite d'une maladie ou d'un Accident survenu et constaté au cours de la période de couverture :

- a épuisé ses droits statutaires,
- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle,
- présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins 66%, reconnue par le médecin conseil de l'Assureur.

8. Risques exclus

NE DONNENT PAS LIEU À GARANTIE ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT À LA CHARGE DE L'ASSUREUR, LES INCAPACITÉS TEMPORAIRES TOTALES DE TRAVAIL ET LES INVALIDITÉS PERMANENTES TOTALES DE TRAVAIL RÉSULTANT :

- A) D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE OU DU REFUS DE SE SOIGNER ;**
- B) D'ACCIDENTS, BLESSURES OU MALADIES OU MUTILATIONS VOLONTAIRES ;**
- C) DE FAITS DE GUERRE ÉTRANGÈRE LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGÉRANTE, SOUS RÉSERVE DES CONDITIONS QUI SERAIENT DÉTERMINÉES PAR LA LÉGISLATION À INTERVENIR CONCERNANT LES ASSURANCES SUR LA VIE EN TEMPS DE GUERRE ;**
- D) DES RISQUES AÉRIENS SE RAPPORTANT À DES COMPÉTITIONS, DÉMONSTRATIONS, RAIDS, ACROBATIES, VOLS D'ESSAI, VOLS SUR PROTOTYPES, VOLS SUR AILE VOLANTE, ULM, DELTAPLANE, VOLS SUR APPAREILS NON HOMOLOGUÉS, TENTATIVES DE RECORDS, SAUTS EFFECTUÉS AVEC DES PARACHUTES NON HOMOLOGUÉS, PARACHUTE ASCENSIONNEL ET PARAPENTE ;**
- E) DES RISQUES ENCOURUS SUR VÉHICULES TERRESTRES À MOTEUR À L'OCCASION DE COMPÉTITIONS OU DE RALLYES DE VITESSE.**

9. Le délai de franchise

9.1 Le droit aux prestations est acquis à l'issue d'un Délai de franchise égal à :

- 90 jours pour les fonctionnaires et Personnes assimilés définis à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information ;
- 60 jours pour les autres salariés.

Le délai est calculé en additionnant les journées, consécutives ou non, d'arrêt de travail pour maladie ou Accident, quelle qu'en soit la cause, survenues en cours d'assurance. Les demi-journées de travail ne sont pas prises en considération.

Le délai est considéré comme écoulé dès que 90 ou 60 jours d'arrêt de travail sont décomptés à partir du 365^{ème} jour précédant le point de départ de la dernière indisponibilité.

9.2 Rechute

Dans le cas d'une rechute, le Délai de franchise n'est pas appliqué. On entend par rechute tout arrêt de travail imputable à une maladie ou à un Accident ayant donné lieu à une indemnisation par l'Assureur sous la forme d'une rente et qui survient dans un délai maximum de deux (2) années suivant la date de cessation du paiement des prestations avant la reprise du travail. Dans ce cas, les prestations servies au titre de la nouvelle période d'arrêt de travail sont calculées en utilisant l'assiette de cotisation de l'Adhérent à la date d'ouverture des droits à prestation sous forme de rente.

Pour les cinq maladies dites de « longue durée », prévues par le Décret 86-442 du 14 mars 1986 modifié par le Décret 89-396 du 14 juin 1989, il ne sera fait application du délai de carence qu'une seule fois pour une même maladie. Pour les maladies dites « longue maladie », prévues par le Décret 86-442 du 14 mars 1986, et en cas d'arrêts de travail non consécutifs, il ne sera fait application du délai de carence qu'une seule fois tous les 4 ans.

10. Règlement des prestations

10.1 Modalités de versement

Les prestations sont réglées, soit directement aux Bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, sous forme d'indemnités journalières, à réception des pièces justificatives définies ci-après ou de rente mensuelle à terme échu.

Il est précisé que le montant de la rente est réglé sur la base de 360 jours, soit 12 mois de 30 jours.

10.2 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement de prestations doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice accompagnées des justificatifs suivants :

- 1) Pour une première prise en charge
 - l'imprimé de demande dûment renseigné,
 - un relevé d'identité bancaire quand les prestations sont versées directement à l'Adhérent,
 - une attestation complétée par l'employeur de l'Adhérent. Cette attestation doit indiquer :

Pour la détermination de la date de prise en charge :

- toutes les dates des interruptions de travail pour cause de maladie ou d'Accident indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur et/ou la Sécurité sociale, survenues au cours des 365 jours précédant le début de la dernière indisponibilité.

Pour le calcul des prestations et pour l'application des règles de cumul :

- a) les périodes d'arrêt de travail ouvrant droit à indemnisation. Tout arrêt de travail comportant des périodes indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur et/ou la Sécurité sociale doit être impérativement fractionné par périodes homogènes d'indemnisation ;
 - b) le motif de l'arrêt ;
 - c) le(s) montant(s) net(s) de la rémunération ou fraction de rémunération, de la pension ou de la retraite réellement perçu(s), le montant de la rémunération théorique ou de la pension ou retraite théorique se rapportant à la période en cause.
- 2) Pour une prolongation d'arrêt de travail
 - l'imprimé de prolongation dûment renseigné,
 - l'attestation visée ci-dessus complétée par l'employeur.
 - 3) Lorsque l'attestation n'a pas été complétée par l'employeur, il convient de joindre à la demande de prestations les pièces justificatives supplémentaires :

Pour la détermination de la date prise en charge :

- a) soit une attestation ou un arrêté de l'Administration précisant la nature du congé accordé (maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de longue durée, accident de travail, disponibilité pour maladie, etc.),
- b) soit une attestation de l'Administration, le cas échéant une copie de l'arrêté préfectoral précisant la date d'admission à la retraite pour invalidité,
- c) soit la copie des documents de la Sécurité sociale attestant le versement de prestations en espèces au titre du régime maladie, d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou d'un accident du travail ou maladie professionnelle pour la période d'arrêt de travail correspondant exactement à celle dont la prise en charge est demandée à l'Assureur.

Pour le calcul des prestations et pour l'application des règles de cumul :

- a) le relevé établi par l'employeur des sommes perçues par l'Adhérent,
et
le relevé établi par l'employeur, de la rémunération nette d'activité et des primes et indemnités habituellement perçues par l'Adhérent le premier jour de son ouverture de droit à indemnisation,
ou
le montant, certifié par l'autorité administrative compétente, de la (des) pension(s) de retraite théorique qu'aurait perçu l'Adhérent à l'âge de 67 ans avec le même grade et le même échelon ou le même salaire qu'au premier jour de son ouverture de droit à indemnisation.
- b) une attestation sur l'honneur annuelle de l'Adhérent énumérant les indemnisations qu'il reçoit annuellement au titre de son incapacité de travail ou de son invalidité totale.

11. Déchéance

L'ADHERENT EST DECHU DE SES DROITS AUX PRESTATIONS SI LES PIECES JUSTIFICATIVES VISEES A L'ARTICLE 10.2 « FORMALITES EN CAS DE SINISTRE » DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION NE PARVIENNENT PAS A L'ASSUREUR DANS UN DELAI DE TROIS (3) MOIS, A COMPTER DE LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS SONT SUSCEPTIBLES D'ETRE SERVIES. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS N'AURA LIEU QUE POUR LA DUREE DE GARANTIE RESTANT A COURIR A PARTIR DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE, SAUF CIRCONSTANCES PARTICULIERES JUSTIFIEES A L'ASSUREUR. TOUTEFOIS, CES DISPOSITIONS NE SONT PAS APPLIQUEES LORSQUE L'ASSUREUR A ETE AVISE PAR ECRIT DANS LES DELAIS IMPARTIS, D'UN ARRET SUSCEPTIBLE D'OUVRIR DROIT A PRESTATION.

12. Montant des prestations

12.1 Calcul du montant initial

Les sinistres ouvrant droit à prise en charge sont indemnisés comme suit :

Le montant de la prestation versée par l'Assureur au titre du contrat relatif à la présente notice d'information, augmenté des sommes versées par l'Administration (rémunération, pension de retraite anticipée pour invalidité, pension de retraite) ou l'employeur (rémunération), des prestations de la Sécurité sociale (indemnités journalières, pension d'invalidité, pension de retraite) ne peut pas excéder :

- avant le 62^{ème} anniversaire : 90 % de l'assiette de cotisation déterminée à l'article 6.1 « Assiette de cotisation » de la présente notice d'information ;
- entre le 62^{ème} et le 67^{ème} anniversaire: 70% de l'assiette de cotisation déterminée au paragraphe 4.1 de la présente notice d'information ;
- après le 67^{ème} anniversaire : 90% de la retraite théorique telle définie l'article 1.3.4 de la présente notice d'information, sous déduction de la pension effectivement perçue.

Le cumul des prestations versées par l'Assureur, l'Administration, la Sécurité sociale et, le cas échéant, du salaire maintenu au titre de la convention collective ou de l'accord d'entreprise, ne peut excéder 100 % :

- du traitement annuel net (primes incluses) ou du salaire annuel, au 1^{er} janvier de l'exercice pour lequel il est indemnisé,
- de la retraite annuelle nette qu'aurait perçu l'Adhérent s'il avait continué à travailler.

La rente est calculée en fonction du grade, de l'échelon et du traitement ou salaire à la date de prise en charge par l'Assureur.

Les reclassements indiciaires rétroactifs ne sont en aucun cas pris en compte.

12.2 Révision du montant initial

L'Adhérent bénéficiaire de prestations est tenu de notifier à l'Assureur la reprise de son travail ou la fin éventuelle de son état d'invalidité ainsi que l'évolution des prestations reçues de l'Administration, de l'employeur ou de la Sécurité sociale, au titre de l'incapacité de travail ou l'invalidité indemnisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

Le montant de la prestation est réajusté à chaque nouvelle situation administrative, c'est-à-dire lorsque l'Adhérent :

- change de niveau d'indemnisation par l'employeur et/ou par la Sécurité sociale,
- perçoit un plein traitement ou salaire ou un demi-traitement ou demi-salaire,
- est mis à la retraite pour invalidité,
- est reconnu invalide par la Sécurité sociale au sens de l'article L.341-1 du Code de la Sécurité sociale,
- est mis en disponibilité d'office,
- atteint son 62^{ème} ou 67^{ème} anniversaire.

La révision consiste à prendre en compte la valeur

des éléments modifiés par ces changements de situation administrative, étant entendu que les droits sont recalculés sur la base de l'assiette de cotisation, du grade et de l'échelon retenus pour le calcul du montant initial.

13. Secret médical

L'Assuré et les Bénéficiaires du contrat relatif à la présente notice d'information peuvent transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé et confidentiel, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

62, rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13

14. Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Assuré et de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aurait désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

L'Adhérent qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.

15. Procédure de conciliation

L'Adhérent qui conteste une décision de l'Assureur, doit faire parvenir à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, dans les 12 mois qui suivent la date de la décision contestée, un certificat médical détaillé justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure et en acceptant les contraintes.

L'Assureur invite alors son médecin conseil et celui de l'Adhérent à se mettre d'accord et à défaut à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'Adhérent en faisant l'avance.

Toutefois, cette procédure n'est pas appliquée si le médecin de l'Adhérent et le médecin conseil de l'Assureur peuvent signer un Procès-Verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent.

Ces dispositions s'appliquent en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

16. Durée de service des prestations

Les indemnités Journalières sont versées à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail ou du 61^{ème} jour pour les non fonctionnaires jusqu'au 365^{ème} jour.

Une rente est versée :

- à compter du 366^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'à sa mise en retraite pour invalidité, en cas d'incapacité temporaire totale, telle que définie à l'article 7.2 « Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail » de la présente notice d'information.
- jusqu'au décès de l'Adhérent en cas d'invalidité permanente totale de travail, telle que définie à l'article 7.4 « Définition de l'Invalidité Permanente Totale de travail » de la présente notice d'information.

Le paiement des prestations cesse en cas de reprise de travail à temps partiel pour raison de santé, de reprise à mi-temps thérapeutique ou d'un congé de maladie ordinaire fractionné.

17. Revalorisation annuelle des rentes

Les rentes émises sont revalorisées chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente. Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure lors de chaque revalorisation.

18. Notice d'information

La Mutuelle souscriptrice remet aux Adhérents la présente notice d'information, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Il incombe à la Mutuelle souscriptrice de conserver la preuve de la remise de la notice d'information à l'Adhérent.

Toute modification apportée au contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances et à la réglementation spécifique du contrat relatif à la présente notice d'information.

19. Prescription

Toutes actions dérivant du contrat relatif à la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et, en cas d'accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte d'exécution forcée ou l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit du créancier.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

20. Informatique et libertés

Les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalité la gestion du contrat relatif à la présente notice d'information et du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Assureur responsable du traitement. Ces données pourront être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Adhérent autorise l'Assureur à communiquer les informations le concernant à des sous-traitants et/ou des prestataires pour des besoins de gestion.

L'Assureur est également susceptible de communiquer certaines informations nominatives à des réassureurs aux fins exclusives de gestion du contrat relatif à la présente notice d'information, ce que l'Adhérent autorise expressément. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès de l'Assureur.

L'Adhérent peut s'opposer, sans frais, à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou ses Partenaires commerciaux.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition à tout moment en adressant un courrier ainsi qu'une carte d'identité recto/verso en cours de validité à MFPrévoyance – Correspondant Informatique et Libertés - 62, rue Jeanne d'Arc 75640 Paris Cedex 13.

19. Renseignement - Réclamation - Médiation

Les demandes d'information, de réclamation ou de médiation sont à réaliser selon les indications précisées en annexe.

20. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs membres participants et de leurs Bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont les coordonnées sont les suivantes :

ACPR

61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09



MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc -
75640 Paris Cedex 13.