

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

Article 30 - Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) du capital	23
Article 31 - Montant et assiette des prestations	24
Article 32 - Règlement du capital décès.....	25
Article 33 - Terme de la garantie	25
CHAPITRE 7 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES	26
Article 34 - Objet et nature des garanties	26
Article 35 - Typologie des garanties.....	26
Article 36 - Conditions et modalités d'adhésion aux garanties additionnelles.....	26
Article 37 - Prise d'effet et modalités du changement d'option	27
CHAPITRE 8 - GARANTIE ADDITIONNELLE INCAPACITE.....	28
Article 38 - Définition et objet de la garantie.....	28
Article 39 - Assiette et montant des prestations	28
Article 40 - Autres dispositions.....	28
CHAPITRE 9 - GARANTIE ADDITIONNELLE INVALIDITE	29
Article 41 - Objet et définition de la garantie.....	29
Article 42 - Assiette et montant des prestations	29
Article 43 - Autres dispositions.....	29
CHAPITRE 10 - GARANTIE ADDITIONNELLE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	30
Article 44 - Définition et objet de la garantie.....	30
Article 45 - Montant des prestations	30
Article 46 - Assiette	30
Article 47 - Obligations en cas de sinistre	30
Article 48 - Terme de la garantie	31
CHAPITRE 11 - GARANTIE ADDITIONNELLE FRAIS D'OBSEQUES.....	32
Article 49 - Définition et objet de la garantie.....	32
Article 50 - Bénéficiaire de la garantie.....	32
Article 51 - Montant et assiette de la prestation	32
Article 52 - Justificatifs et pièces à fournir.....	32
Article 53 - Règlement de la prestation	33
Article 54 - Rachat	33
Article 55 - Terme de la garantie	33
CHAPITRE 12 - DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INTERMINISTERIELLES COMPLEMENTAIRES ET AUX GARANTIES ADDITIONNELLES.....	34
Article 56 - Assiette des prestations	34
Article 57 - Maintien des garanties	34
Article 58 - Cessation des garanties.....	35
CHAPITRE 13 - EXCLUSIONS GENERALES ET PARTICULIERES	36
CHAPITRE 14 - COTISATIONS	38

Article 59 - Taux et montant	38
Article 60 - Assiette des cotisations	38
Article 61 - Modalités de paiement	38
Article 62 - Suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations	38
Article 63 - Défaut de paiement des cotisations	39
Article 64 - Révision des cotisations.....	39
CHAPITRE 15 - VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	41
Article 65 - Déclaration des sinistres	41
Article 66 - Obligations du Membre Participant.....	41
Article 67 - Justificatifs et pièces à fournir.....	41
Article 68 - Contrôles médicaux	43
Article 69 - Modalités, durées et délais de versement	44
Article 70 – Règlement du capital décès.....	44
CHAPITRE 16 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	45
Article 71 - Prévention.....	45
Article 72 - Assistance.....	45
CHAPITRE 17 - DISPOSITIONS DIVERSES	47
Article 73 - Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....	47
Article 74 - Déchéance.....	47
Article 75 - Prescription.....	48
Article 76 - Réclamation	49
Article 77 - Médiation	50
Article 78 - Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties	51
Article 79 - Protection des données à caractère personnel.....	51
Article 80 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	54
Article 81 - Subrogation.....	55
Article 82 - Autorité de contrôle	55
ANNEXES	56
ANNEXE 1 : PERIMETRE DU CONTRAT	56
ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES INTERMINISTERIELLES COMPLEMENTAIRES ET DES GARANTIES ADDITIONNELLES	57

Garanties :
Incapacité de travail,
Invalidité d'origine non professionnelle,
Décès.

CHAPITRE 1 - PREAMBULE

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

Il est souscrit auprès de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS), (ci-après dénommée « l'Apériteur » ou « la Mutuelle »), Relyens et MGEN (ci-après dénommés collectivement « les Coassureurs ») par :

La **Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC)**, 50, rue Henry Farman, 75720 Paris cedex 15, ainsi que l'Ecole de Nationale de l'Aviation Civile (ENAC) et le Bureau d'Enquêtes et d'Analyses (BEA) (ci-après dénommés collectivement « la DGAC » ou « le Souscripteur »).

Article 1 - Information importante

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

1) Le présent contrat est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative (ci-après le « Contrat ») qui met en œuvre des garanties de prévoyance au bénéfice du personnel de la DGAC qui relève du statut des fonctionnaires, ouvriers et agents contractuels employés et rémunérés par la DGAC.

Les droits et obligations du Membre Participant peuvent être modifiés par des avenants au contrat. Les modifications apportées par ces avenants sont communiquées par la Mutuelle, pour le compte du Souscripteur, aux Membres Participants.

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

2) Garanties assurées :

- Garantie Incapacité de travail (Chapitre 4),
- Garantie Invalidité d'origine non professionnelle (Chapitre 5),
- Garantie Décès (Chapitre 6),

3) Pour la garantie décès, il n'y a pas de faculté de rachat ou de transfert.

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

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

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

Article 2 - Glossaire

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

NE SONT PAS CONSIDERES COMME DES ACCIDENTS MAIS COMME DES MALADIES LES EVENEMENTS SUIVANTS : RUPTURE D'ANEVRISME, INFARCTUS DU MYOCARDE, EMBOLIE CEREbraLE, HEMORRAGIE MENINGEE, ACCIDENTS VASCULAIRES CEREbraUX, TROUBLES PSYCHIQUES, LÉSIONS RÉSULTANT D'AUTOMUTILATIONS OU D'ATTEINTES CORPORELLES VOULUES ET/OU CONSENTIES PAR L'ADHÉRENT, LÉSIONS RÉSULTANT DE PRÉDISPOSITIONS PATHOLOGIQUES INTERNES DE L'ADHÉRENT, AYANT CONTRIBUÉ À LEUR APPARITION OU À LEUR AGGRAVATION.

Arrêt de travail : Interruption totale et temporaire de travail, de sorte que le bénéficiaire, du fait d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée, d'un accident ou d'une maladie professionnelle, ne peut plus exercer temporairement une activité pouvant lui apporter gains et profits. Les conditions pour bénéficier de la garantie Incapacité de travail sont précisées au Chapitre 4 de la présente Notice d'information.

Bénéficiaires actifs : Les fonctionnaires civils de l'Etat, les agents contractuels de droit public, les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévue à l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale qui sont employés et rémunérés par le Souscripteur, les ouvriers de l'Etat et ouvriers des parcs et ateliers.

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

Garanties statutaires : Protections légales minimales prises en charge par l'employeur, dites garanties « employeur ».

Garanties interministérielles : Garanties complémentaires qui complètent les garanties statutaires, identiques pour l'ensemble des ministères.

Garanties additionnelles : Garanties facultatives qui complètent les garanties statutaires et interministérielles.

Membre participant (ou adhérent) : Personne physique liée par une relation de travail avec le Souscripteur. En complétant et en signant le bulletin individuel d'adhésion, elle devient adhérente au Contrat, unique bénéficiaire des présentes garanties et membre participant de la Mutuelle. Sont concernés les fonctionnaires, ouvriers et agents contractuels employés et rémunérés par la DGAC.

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

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

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

Souscripteur (ou employeur) : Personne morale ayant souscrit au Contrat composé des Conditions Générales et des Conditions Particulières et soit employeur soit ancien employeur de l'adhérent personne physique. Un groupement de commandes a été constitué afin de passer le marché dénommé « Protection sociale complémentaire (volet santé et volet prévoyance) des fonctionnaires, ouvriers et agents rattachés à la DGAC, à l'ENAC et au BEA ». Dès lors, pour l'application du présent Contrat, ont la qualité de Souscripteur chacune des trois (3) entités précitées.

Article 3 - Objet

Le présent Contrat est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative. Il a pour objet la mise en œuvre des garanties interministérielles complémentaires : Incapacité de travail, Invalidité d'origine non professionnelle et Décès, au bénéfice des fonctionnaires, ouvriers et agents actifs employés et rémunérés par la DGAC et ayant adhéré au Contrat. Ces garanties peuvent être complétées par des garanties additionnelles.

La mise en œuvre du présent Contrat est réalisée conformément aux textes suivants :

- l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat,
- le décret n°2024-555 du 17 juin 2024 relatif aux garanties en matière de risque décès des agents publics de l'Etat, des militaires et des ouvriers de l'Etat,
- le décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat,
- le décret n°2025-682 du 21 juillet 2025 relatif aux garanties en matière de risque décès des ouvriers de l'Etat et modifiant le décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat,
- le décret n°2025-1070 du 6 novembre 2025 modifiant les modalités de mise en œuvre de la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat.

CHAPITRE 2 - CONDITIONS GENERALES

Article 4 - Personnes assurées

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

- les fonctionnaires civils de l'Etat,
- les agents contractuels de droit public,
- les agents contractuels de droit privé, non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu par l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale,
- les ouvriers de l'Etat et ouvriers des parcs et ateliers.

TOUT FONCTIONNAIRE, AGENT OU OUVRIER DE L'ÉTAT NE RELEVANT PAS DE L'UNE DES CATÉGORIES PRÉCITÉES N'EST PAS COUVERT PAR LE CONTRAT.

Article 5 - Conditions et modalités d'adhésion

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

a. Caractéristiques de l'adhésion

L'adhésion aux garanties interministérielles complémentaires et aux garanties additionnelles est facultative. Pour pouvoir bénéficier des garanties additionnelles, les fonctionnaires, ouvriers et agents doivent préalablement ou concomitamment avoir adhéré aux garanties interministérielles complémentaires.

b. Délais

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

Ainsi, les fonctionnaires, ouvriers et agents pourront adhérer au Contrat sans remplir de questionnaire médical sous réserve :

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

Lorsqu'à la date de prise d'effet du présent Contrat collectif, l'agent est bénéficiaire d'un contrat individuel ou d'un règlement couvrant les risques incapacité, invalidité et décès jusqu'à deux (2) mois avant la date de son adhésion au Contrat, le délai de six (6) mois mentionné ci-avant est reporté à la date d'échéance dudit contrat. Ce report ne peut avoir lieu que dans la limite de douze (12) mois à compter de la prise d'effet du Contrat.

Passé ce délai de six (6) mois, l'adhésion au titre du Contrat sera soumise à la condition pour les agents de remplir un questionnaire médical permettant le cas échéant d'identifier les pathologies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge.

Passé le délai de six (6) mois précité, l'adhésion au Contrat pourra être subordonnée à une tarification différente, fondée sur un questionnaire médical. Ce questionnaire médical ne sera toutefois pas appliqué lorsque le

fonctionnaire, l'ouvrier ou l'agent justifie être couvert par un contrat individuel ou un règlement garantissant les risques incapacité, invalidité et décès jusqu'à deux (2) mois avant la date de son adhésion au présent Contrat.

c. Adhésion des fonctionnaires, ouvriers et agents en situation d'arrêt de travail ou en invalidité

Les personnels en incapacité de travail, c'est-à-dire en congés liés à un arrêt de travail ou en mi-temps thérapeutique, ou les personnels classés en 1^{re} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale, soit à la date de prise d'effet du Contrat soit à la date de leur demande d'adhésion si elle est postérieure, pourront demander leur adhésion dans les conditions de l'article 3 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin ».

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

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

- que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le certificat d'adhésion,
- que la Mutuelle apporte la preuve que la maladie était antérieure à l'adhésion de l'intéressé au Contrat.

L'adhésion des personnels en incapacité de travail tel que décrit précédemment ou des personnels classés en 1^{re} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale pourra être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical et, le cas échéant, faire l'objet d'une ou plusieurs exclusions de pathologies dans les conditions prévues par l'article 3 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

d. Adhésion des fonctionnaires, ouvriers et agents dont le traitement est suspendu

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

- ils peuvent demander leur adhésion à l'issue de l'événement, sitôt qu'ils retrouvent leur droit à traitement par l'employeur souscripteur et dans un délai de six (6) mois à compter de cette date, l'adhésion n'est alors conditionnée ni à leur âge ni à leur état de santé,
- passé ce délai de six (6) mois, les conditions d'adhésion définies au b) et au c) du présent article s'appliqueront selon la situation de l'intéressé.

e. Bulletin individuel d'adhésion

L'adhésion est subordonnée à la complétude d'un bulletin d'adhésion et à la fourniture des pièces justificatives demandées. Un dossier est considéré comme complet, lorsqu'il ne manque pas de pièces justificatives bloquantes pour la saisie de l'adhésion. Les pièces justificatives obligatoires pour la saisie d'une adhésion sont indiquées au Chapitre 15 de la présente Notice d'information et sur le formulaire de demande d'adhésion.

Ce bulletin d'adhésion est complété et signé par l'agent actif. Il peut se présenter soit sur support papier soit sur support dématérialisé et transmis à l'issue du parcours d'adhésion digital.

Lors de l'adhésion aux garanties interministérielles complémentaires, l'agent actif indique s'il souhaite adhérer aux garanties additionnelles.

Les garanties additionnelles peuvent uniquement être souscrites si l'agent adhère aux garanties interministérielles complémentaires. L'agent pourra adhérer aux garanties additionnelles ultérieurement à son adhésion aux garanties interministérielles.

f. Qualité de Membre Participant

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

g. Espaces sécurisés dédiés

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

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

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

Article 6 – Nature des garanties du Contrat

Le Contrat met en œuvre un dispositif complémentaire de prévoyance pour couvrir et gérer les risques Incapacité de travail, Invalidité d'origine non professionnelle et Décès, sur la base des garanties interministérielles complémentaires prévues par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance dans la fonction publique de l'Etat.

Les garanties incapacité de travail et invalidité d'origine non professionnelles sont servies après déduction des sommes versées par l'employeur ou l'organisme de sécurité sociale.

Les garanties interministérielles complémentaires peuvent être complétées par des garanties additionnelles qui portent sur l'Incapacité, l'Invalidité, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et les Frais d'obsèques.

Article 7 – Faculté de renonciation du Membre Participant

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

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

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

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

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

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

Le Membre Participant peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation mais ce n'est pas obligatoire. Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice du droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation susmentionné.

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

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

Formulaire de renonciation

« Je vous notifie par la présente ma renonciation.

Nom du Membre Participant :*

Adresse du Membre Participant :*

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

Date :*»

* rubriques à compléter par le Membre Participant

Article 8 – Résiliation unilatérale par le Membre Participant

Le Membre Participant peut résilier son adhésion individuelle aux garanties interministérielles complémentaires et/ou aux garanties additionnelles annuellement dans les conditions prévues par l'alinéa 1^{er} de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, par l'envoi d'une notification à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat, soit le 31 octobre de chaque année.

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

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

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

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

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

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

**LA RÉSILIATION ENTRAÎNE LA CESSATION DES GARANTIES À LA DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION.
LA RÉSILIATION DES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES ENTRAÎNE LA RÉSILIATION AUTOMATIQUE ET SYSTÉMATIQUE DES GARANTIES ADDITIONNELLES.
EN REVANCHE, LA RÉSILIATION DES GARANTIES ADDITIONNELLES EST SANS EFFET SUR LES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES.**

Article 9 – Prise d'effet et renouvellement des garanties

POUR LES FONCTIONNAIRES, OUVRIERS ET AGENTS CONTRACTUELS ACTIFS AYANT FAIT LE CHOIX DE BÉNÉFICIER DU DISPOSITIF PRÉVOYANCE, LES GARANTIES PRENNENT AUTOMATIQUEMENT EFFET À LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT :

- SOIT LE 1^{ER} MAI 2026,**
 - SOIT À LA DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION DU MEMBRE PARTICIPANT POUR LEQUEL LA DATE D'EMBAUCHE OU D'ENTRÉE EST POSTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT COLLECTIF.**
- À DÉFAUT, L'ADHÉSION PREND EFFET À LA DATE MENTIONNÉE SUR LE BULLETIN D'ADHÉSION.**

SOUS RÉSERVE DE RESPECTER LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 5 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION, L'ADHÉSION AUX GARANTIES ADDITIONNELLES PEUT PRENDRE EFFET À UNE DATE DIFFÉRENTE DE L'ADHÉSION AUX GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES.

QUELLE QUE SOIT LA DATE D'ADHÉSION INITIALE AU CONTRAT, L'ADHÉSION EST VALABLE JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE À MINUIT DE LA MÊME ANNÉE.

LES GARANTIES SE RENOUVELLENT ENSUITE PAR TACITE RECONDUCTION LE 1^{ER} JANVIER DE CHAQUE ANNÉE, SAUF CESSATION DES GARANTIES.

Article 10 - Modification du contrat

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

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, la Mutuelle, pour le compte du Souscripteur, est tenue d'informer chaque Membre Participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet.

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

Article 11 – Résiliation du Contrat et non-reconduction du marché

Le Contrat collectif peut être résilié ou ne pas être reconduit, dans les conditions prévues ci-après.

a. Résiliation par les Coassureurs

La première période de couverture des agents est d'une durée de huit (8) mois à compter du 1^{er} mai 2026.

Le marché est reconductible tacitement au maximum cinq (5) fois pour de nouvelles périodes de douze (12) mois et pour une durée maximale de cinq (5) ans et huit (8) mois.

Les Coassureurs peuvent résilier le Contrat à chaque fin d'année, étant entendu qu'elle exécutera le Contrat jusqu'à la fin de l'année commencée, ou sur demande du Souscripteur, jusqu'au 31 mars de l'année N+1.

La demande de résiliation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR) au Souscripteur, et en respectant un délai de six (6) mois avant la date d'échéance annuelle, la date d'envoi de la lettre faisant foi.

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

b. Résiliation par le Souscripteur

Aux termes de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le Souscripteur peut également user d'un droit annuel de résiliation. La demande de résiliation doit être formulée par LRAR à la Mutuelle, et en respectant un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance annuelle, la date d'envoi de la lettre faisant foi.

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

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

c. Non-reconduction du marché par le Souscripteur

En cas de non-reconduction du marché par le Souscripteur, la décision est notifiée à la Mutuelle en respectant un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance du marché. La non-reconduction entraîne la fin du Contrat et le terme des garanties.

d. Effets de la résiliation et de la non-reconduction

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

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

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

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

Article 12 – Obligations de la Mutuelle relatives à la notice d'information

La Mutuelle s'engage à :

- établir une notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et rappelant les délais et les causes d'interruption de la prescription,
- remettre au Souscripteur un exemplaire de celle-ci, de ses statuts et de son règlement intérieur institutionnel,
- en cas de modifications apportées aux droits et obligations des bénéficiaires, établir une nouvelle notice intégrant ces modifications et, pour le compte du Souscripteur, à en remettre un exemplaire directement aux adhérents ayant fait le choix de bénéficier du dispositif « prévoyance ».

Article 13 – Territorialité du Contrat

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

Le Contrat et les garanties s'exercent également à l'étranger pour ce qui concerne les fonctionnaires, ouvriers et agents affectés hors du territoire national.

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES

Article 14 - Objet et nature des garanties

Les garanties prévoyance mises en œuvre par le Contrat ont pour objet le versement d'une prestation en cas d'incapacité de travail, d'invalidité d'origine non professionnelle, de décès.

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

Ces garanties peuvent être complétées par des garanties additionnelles qui sont régies par les chapitres 7 à 11 de la présente Notice d'information.

SEULS PEUVENT ADHÉRER AUX GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES LES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS DÉFINIS À L'ARTICLE 4 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION.

Article 15 - Typologie des garanties

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

- l'incapacité de travail pour raison de santé,
- l'invalidité d'origine non professionnelle,
- le décès.

CES GARANTIES NE PEUVENT PAS ÊTRE SOUSCRITES INDÉPENDAMMENT. ELLES SONT INDISSOCIABLES LES UNES DES AUTRES.

CHAPITRE 4 - GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL (garantie interministérielle complémentaire)

Article 16 - Définition et objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement de prestations complémentaires au fonctionnaire, à l'ouvrier ou à l'agent contractuel placé dans l'une des situations suivantes, avant l'entrée en jouissance de ses droits à la retraite :

- pour le fonctionnaire : en congé de longue maladie (CLM) prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique, et perçoit à ce titre des prestations en espèce en application du statut de la Fonction publique,
- pour l'ouvrier de l'Etat : en congé de longue maladie (CLM) prévu à l'article 18 du décret n°2025-694 du 23 juillet 2025, et perçoit à ce titre des prestations en espèce en application du statut de la Fonction publique,
- pour l'agent contractuel de droit public : en congé de grave maladie (CGM) prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986, et perçoit à ce titre des prestations en espèce en application de son statut professionnel ou de la Sécurité sociale,
- pour l'agent contractuel ne relevant pas du décret du 17 janvier 1986 ou l'agent relevant de ce décret mais comptant moins de quatre (4) mois de service : en arrêt de travail pour raison de santé depuis plus de six (6) mois et qui bénéficie de prestations en espèces en application du régime de Sécurité sociale auquel il est affilié.

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

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

Article 17 – Conditions de mise en œuvre de la garantie

Le fait générateur de la garantie est la date de l'arrêt de travail initial. Il doit survenir en cours de période d'adhésion au présent Contrat. En cas de rechute sur une incapacité de travail déjà prise en charge par la Mutuelle au titre de la présente garantie, aucun délai de franchise n'est appliqué.

Les prestations sont dues à compter du jour où les indemnités versées par l'employeur ne garantissent plus le maintien de la rémunération brute du Membre participant, telle que définie à l'article 18 de la présente Notice d'information.

Article 18 - Assiette et montant des prestations

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

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

Conformément aux dispositions du II. du même article, la garantie permet également aux agents contractuels de droit privé et aux agents contractuels de droit public disposant de moins de quatre (4) mois d'ancienneté de percevoir :

- 100 % de sa rémunération du septième mois d'arrêt de travail jusqu'à la fin de la première année,
- 80 % de sa rémunération la deuxième année,
- 80 % de sa rémunération la troisième année.

- Pour les fonctionnaires :

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

- Pour les agents contractuels :

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

- Pour les ouvriers de l'Etat :

- l'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée du salaire maintenu en CLM.

- Pour les agents contractuels ne relevant pas du décret du 17 janvier 1986 ou pour les agents relevant de ce décret mais ne remplissant pas les conditions d'ancienneté :

- l'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée de la rémunération brute des douze (12) derniers mois,
- ou, lorsqu'il ne remplit pas les conditions d'ancienneté, de sa rémunération brute durant ses mois de service, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est alors reconstitué sur une période de douze (12) mois, en considérant la période comprise entre la date d'effet de la garantie et la date de l'évènement ouvrant droit à prestations,

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

LA PRESTATION EST SERVIE APRÈS DÉDUCTION DES SOMMES VERSÉES PAR L'EMPLOYEUR OU L'ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE.

EN AUCUN CAS, LES PRESTATIONS VERSÉES EN APPLICATION DU CONTRAT NE POURRONT, EN S'AJOUTANT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MÊME NATURE QUI SERAIENT SERVIES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ET PAR TOUT AUTRE ORGANISME DE PRÉVOYANCE, OU À TOUTE REMUNERATION D'UNE ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL OU PRESTATION DE L'ASSURANCE CHOMAGE, PERMETTRE AU MEMBRE PARTICIPANT DE RECEVOIR DES SOMMES SUPÉRIEURES À LA RÉMUNERATION NETTE ANNUELLE QU'IL AURAIT PERÇUES S'IL AVAIT CONTINUÉ À TRAVAILLER.

LA COUVERTURE DU DÉLAI DE CARENCE EST EXCLUE.

Article 19 - Revalorisation

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

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

Article 20 - Terme du versement

Le versement des prestations se poursuit, tant que dure l'incapacité de travail pour raison de santé du Membre Participant, et au plus tard jusqu'à :

- la date du jour de la reprise d'activité, même à temps partiel,
- la date à laquelle le Membre Participant est reconnu apte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même à temps partiel (y compris à temps partiel thérapeutique), et ce par le Conseil médical ou tout autre organe consultatif, ou par la Mutuelle gestionnaire à la suite d'un contrôle médical,
- la date de fin de l'indemnisation par l'employeur ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- la date de fin de droits au congé de longue maladie et/ou congé de grave maladie tel que prévu par le Contrat,
- la date de la liquidation d'une pension d'invalidité,
- la date de liquidation de la pension de retraite complète, qu'elles que soient les conditions de ce passage en retraite (âge légal, taux plein, décote ou surcote, retraite anticipée).

Article 21 - Terme de la garantie

La garantie prend fin à :

- la date du décès de l'adhérent,
- la date à laquelle l'agent n'est plus employé et rémunéré par le Souscripteur,
- la date de résiliation de son adhésion ou la date de résiliation du Contrat,
- la date de résiliation de son adhésion pour non-paiement des cotisations.

CHAPITRE 5 - GARANTIE INVALIDITE D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE (garantie interministérielle complémentaire)

Article 22 - Définition et objet de la garantie

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

- au fonctionnaire ou à l'ouvrier de l'Etat radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé ou à l'ouvrier placé en congé non rémunéré pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- à l'agent contractuel bénéficiant d'une pension d'invalidité reconnue par le régime de sécurité sociale auquel il est affilié, et classée en première, deuxième ou troisième catégorie au sens de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale.

Article 23 - Cadre juridique applicable

La garantie Invalidité d'origine non professionnelle est mise en œuvre selon deux dispositifs distincts :

- un dispositif transitoire, applicable jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité prévu par l'article 5 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023, tel que défini par la réglementation en vigueur et par le présent article,
- un dispositif cible, applicable à compter de l'entrée en vigueur des dispositions réglementaires définissant ce nouveau régime.

À compter de l'entrée en vigueur du nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité applicable aux fonctionnaires et aux ouvriers de l'État, la garantie invalidité sera mise en œuvre selon les modalités et les conditions définies par ce nouveau cadre juridique.

Les modalités de reconnaissance de l'invalidité, l'assiette de rémunération et les modalités de calcul des prestations seront alors adaptées de plein droit afin d'assurer la conformité du Contrat aux dispositions réglementaires en vigueur. Conformément à l'article 10 de la présente Notice d'information, cette modification fera l'objet d'un avenant signé par les Parties.

Article 24 - Conditions de mise en œuvre de la garantie

Le fait générateur de la garantie correspond à la date à laquelle :

- le fonctionnaire ou l'ouvrier de l'Etat est radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- le fonctionnaire est placé en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- l'ouvrier de l'Etat est placé en congé non rémunéré pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- l'agent contractuel est classé en première, deuxième ou troisième catégorie au sens de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale à la suite d'une invalidité d'origine non professionnelle.

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

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

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

Article 25 - Assiette et montant des prestations

- Dispositif transitoire pour les fonctionnaires et les ouvriers de l'Etat :

Conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024, la prestation invalidité est égale à 80 % de la rémunération constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues en congé de longue maladie, hors majoration pour tierce personne et pension de retraite pour invalidité comprise.

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

- Pour les agents contractuels :

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

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

L'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues aux agents en congé de grave maladie ou en congé de longue maladie. Pour l'agent qui ne bénéficie pas de l'un de ces congés, l'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée de la rémunération brute des douze (12) derniers mois.

Lorsque la période de référence des douze (12) derniers mois précédant l'évènement, n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué, sur une période de douze (12) mois, en considérant la période comprise entre la date d'effet de la garantie et la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

LA PRESTATION EST SERVIE APRÈS DÉDUCTION DES SOMMES VERSÉES PAR L'EMPLOYEUR OU L'ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE.

EN AUCUN CAS, LES PRESTATIONS VERSÉES EN APPLICATION DU CONTRAT NE POURRONT, EN S'AJOUTANT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MÊME NATURE QUI SERAIENT SERVIES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ET PAR TOUT AUTRE ORGANISME DE PRÉVOYANCE, OU À TOUTE REMUNERATION D'UNE ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL OU PRESTATION DE L'ASSURANCE CHOMAGE, PERMETTRE AU MEMBRE PARTICIPANT DE RECEVOIR DES SOMMES SUPÉRIEURES À LA RÉMUNERATION NETTE ANNUELLE QU'IL AURAIT PERÇUES S'IL AVAIT CONTINUÉ À TRAVAILLER.

LA COUVERTURE DU DÉLAI DE CARENCE EST EXCLUE.

Article 26 - Revalorisation

Une revalorisation des prestations invalidité est appliquée à chaque 1^{er} janvier, basée sur l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique, dans la limite de 3 % par an.

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

Article 27 - Terme du versement

Le versement de la rente cesse :

- le jour de la reprise d'activité, même à temps partiel,
- le jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité,
- la date de fin de l'état d'invalidité déterminée par le professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle,
- dès que les ressources prises en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieures au niveau global de la garantie,
- pour les fonctionnaires et les ouvriers de l'État : jusqu'à l'âge de 62 ans, conformément à l'article 5 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024,
- pour les agents contractuels : à l'âge visé à l'article L.351-1-5 du Code de la Sécurité sociale.

Article 28 - Terme de la garantie

La garantie prend fin :

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

CHAPITRE 6 - GARANTIE DECES (garantie interministérielle complémentaire)

Article 29 - Objet et Conditions de mise en œuvre de la garantie

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

Article 30 - Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) du capital

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

A défaut de désignation expresse, la clause bénéficiaire est libellée comme suit :

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

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

La désignation peut être effectuée sur papier libre, la Mutuelle ne sera tenue de l'accepter que si la désignation est complète et sans équivoque. La désignation doit permettre à la Mutuelle, en cas de survenance du décès, d'effectuer les recherches de bénéficiaires. Elle doit notamment comporter pour les bénéficiaires personnes physiques, les nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance et dernière adresse fiscale.

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

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

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

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

Article 31 - Montant et assiette des prestations

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

- Pour les fonctionnaires :

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

- Pour les agents contractuels :

- au montant des douze (12) derniers mois de rémunération brute de l'intéressé,
- lorsque l'agent contractuel décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un (1) an au jour de son décès, la rémunération de référence servant au calcul des montants mentionnés précédemment correspond à la somme des émoluments auxquels l'agent aurait eu droit s'il avait accompli un (1) an de services.

- Pour les ouvriers de l'Etat :

- à la dernière rémunération brute annuelle de l'ouvrier de l'Etat décédé définie à l'article 7 du décret n° 72-154 du 24 février 1972 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisés, sans être inférieur au montant mentionné à l'article D. 361-1 du code de la sécurité sociale,
- lorsque l'ouvrier de l'Etat décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un an (1) le jour de son décès, la rémunération de référence servant au calcul des montants mentionnés précédemment correspond à la rémunération à laquelle l'ouvrier de l'Etat aurait eu droit s'il avait accompli un an (1) de services.

- Pour les agents n'appartenant à aucune des catégories précédentes :

- à la rémunération brute des douze (12) derniers mois.

Lorsque la période de référence des douze (12) derniers mois précédant l'évènement, n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué, sur une période de douze (12) mois, en

considérant la période comprise entre la date d'effet de la garantie et la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

Article 32 – Règlement du capital décès

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

A réception de ces pièces, la Mutuelle verse dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois, les capitaux garantis au(x) bénéficiaire(s).

Au-delà du délai prévu à l'alinéa précédent, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal. Si, au-delà du délai de quinze (15) jours mentionnés au premier alinéa, la Mutuelle a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

En outre, conformément à l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès du Membre Participant, le capital décès garanti au(x) bénéficiaire(s) produit de plein droit intérêt, net de frais, à compter de la date de connaissance du décès par la Mutuelle, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français, calculé au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

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

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

Article 33 - Terme de la garantie

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

Elle cesse en conséquence :

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

CHAPITRE 7 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 34 - Objet et nature des garanties

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

Ces garanties additionnelles viennent compléter :

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

Article 35 - Typologie des garanties

Les garanties additionnelles couvrent notamment :

- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- les frais d'obsèques,
- le congé de maladie prévu à l'article L.822-1 du Code général de la fonction publique,
- le congé de maladie prévu à l'article 12 du décret du 17 janvier 1986,
- le congé de maladie prévu au II. de l'article 4 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024,
- le congé de maladie dont bénéficient les ouvriers de l'Etat,
- le congé de longue durée prévu à l'article L.822-12 du Code général de la fonction publique,
- le congé de longue durée dont bénéficient les ouvriers de l'Etat,
- le congé de longue maladie prévu à l'article L.822-6 du code général de la fonction publique,
- le congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986,
- la rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité (tant que le dispositif de mise à la retraite pour invalidité et de placement en indisponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle existe),
- la pension d'invalidité des titulaires (dès sa mise en place),
- la pension d'invalidité des contractuels,
- la pension de retraite d'invalidité des ouvriers.

Article 36 - Conditions et modalités d'adhésion aux garanties additionnelles

LES GARANTIES ADDITIONNELLES NE PEUVENT ÊTRE SOUSCRITES DE MANIÈRE ISOLÉE. ELLES SONT REGROUPÉES AU SEIN DE TROIS OPTIONS (1, 2 OU 3).

LE FONCTIONNAIRE, L'OUVRIER OU L'AGENT A LA POSSIBILITÉ DE SOUSCRIRE AUX OPTIONS 1, 2 OU 3 DU PRÉSENT CONTRAT. EN REVANCHE, IL NE PEUT PAS SOUSCRIRE CUMULATIVEMENT À PLUSIEURS OPTIONS.

Le tableau de garanties en Annexe 2 de la présente Notice d'information détermine, pour chacune des options, les garanties additionnelles incluses (parmi celles précitées) et leur niveau de couverture.

Article 37 - Prise d'effet et modalités du changement d'option

a. Prise d'effet du changement d'option

Le fonctionnaire, l'ouvrier ou l'agent aura la possibilité de changer d'option dans la limite d'un (1) changement par an, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante.

En cas d'augmentation du niveau des garanties, un délai d'attente de six (6) mois s'applique sur la partie augmentée des garanties.

S'il résilie son adhésion à l'option ou s'il décide d'adhérer à une option de plus faible niveau, il devra attendre trois (3) ans avant de pouvoir être admis à adhérer à nouveau à l'option initialement choisie.

LES PRESTATIONS SONT SERVIES DES LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE OPTIONNELLE, SOUS RESERVE QUE LA DATE DES SOINS SOIT POSTERIEURE A LA DATE DE PRISE D'EFFET DE LADITE GARANTIE OPTIONNELLE.

Par exception, en cas de modification de la situation familiale du fonctionnaire, de l'ouvrier ou de l'agent par suite d'un mariage, d'un divorce, de la conclusion ou de la rupture d'un pacte civil de solidarité (PACS), dans les conditions prévues par le Code civil, de la naissance ou du décès d'un enfant, l'intéressé en question :

- dispose d'un délai d'un (1) mois à compter de la date de survenance dudit évènement pour solliciter auprès de la Mutuelle le changement d'option,
- doit adresser à la Mutuelle tout justificatif attestant dudit évènement selon les modalités décrites ci-après.

À DEFAULT, LES RÈGLES LIMITATIVES PRÉCITÉES RELATIVES AU NOMBRE ET AU DÉLAI DE CHANGEMENT D'OPTION S'APPLIQUENT.

Le changement d'option prend effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la demande du fonctionnaire, de l'ouvrier ou de l'agent accompagnée d'un justificatif recevable.

EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, CE CHANGEMENT NE POURRA PRODUIRE SES EFFETS DE MANIÈRE RÉTROACTIVE.

b. Modalités du changement d'option

Pour tout changement d'option, la date de prise d'effet de ce dernier constitue le nouveau point de départ du délai d'un (1) an dans le cadre de l'exercice du droit de résiliation infra annuelle.

Toute demande de modification est formulée avant le 31 octobre de l'année N, pour une prise d'effet à l'échéance annuelle suivante, soit au 1^{er} janvier de l'année N+1.

Le changement de l'option peut être effectué :

- sur l'espace adhérent mis à la disposition des Membres Participants par la Mutuelle,
- par mail à l'adresse ci-après : relation.adherents@mgas.fr,
- par papier à l'adresse suivante : MGAS Relations Adhérents – TSA 30129 – 37206 TOURS CEDEX.

CHAPITRE 8 - GARANTIE ADDITIONNELLE INCAPACITE

Article 38 - Définition et objet de la garantie

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

Les options interviennent dans le cadre :

- d'un congé de maladie prévu à l'article L.822-1 du Code général de la fonction publique,
- d'un congé de maladie prévu à l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986,
- d'un congé de maladie prévu au II. de l'article 4 du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024,
- d'un congé de maladie applicable aux ouvriers,
- d'un congé de longue durée prévu à l'article L.822-12 du Code général de la fonction publique,
- d'un congé de longue durée dont bénéficient les ouvriers de l'Etat,
- d'un congé de longue maladie prévu à l'article L.822-6 du Code général de la fonction publique,
- d'un congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986.

Article 39 - Assiette et montant des prestations

Le montant de prestations additionnelles incapacité sont ceux visés au tableau de garanties en Annexe 2 de la présente Notice d'information.

L'assiette servant au calcul des prestations est celle visée à l'article 18 de la présente Notice d'information.

Article 40 - Autres dispositions

Les autres dispositions du Chapitre 4 de la présente Notice d'information sont applicables à la garantie additionnelle incapacité.

CHAPITRE 9 - GARANTIE ADDITIONNELLE INVALIDITE

Article 41 - Objet et définition de la garantie

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

Les options interviennent dans le cadre du versement d'une prestation complémentaire au fonctionnaire, à l'ouvrier ou à l'agent bénéficiant d'une pension d'invalidité en application des dispositions des articles L.341-1 et L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

L'article précité classe les invalides comme suit :

- invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Article 42 - Assiette et montant des prestations

Les montants des prestations additionnelles invalidité sont ceux visés au tableau de garanties en Annexe 2 de la présente Notice d'information.

L'assiette servant au calcul des prestations est celle visée à l'article 25 de la présente Notice d'information.

Article 43 - Autres dispositions

Les autres dispositions du Chapitre 5 de la présente Notice d'information sont applicables à la garantie additionnelle invalidité.

CHAPITRE 10 - GARANTIE ADDITIONNELLE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Article 44 - Définition et objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire, en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du Membre Participant survenant avant l'entrée en jouissance de ses droits à la retraite.

La PTIA correspond à l'état d'un Membre participant en incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant procurer gain ou profit, nécessitant le recours d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se déplacer, se nourrir, se vêtir, faire sa toilette).

L'état de santé du Membre Participant doit être consolidé ou stabilisé c'est-à-dire non susceptible de s'améliorer.

Article 45 - Montant des prestations

Les montants de la prestation additionnelle PTIA sont ceux visés au tableau de garanties en Annexe 2 de la présente Notice d'information.

Article 46 - Assiette

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

- pour les fonctionnaires : la dernière rémunération mensuelle comprend le traitement de base, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les primes et indemnités instituées par une disposition législative ou réglementaire,
- pour les agents contractuels : il s'agit de la dernière rémunération mensuelle brute de l'intéressé,
- pour les ouvriers de l'Etat et ouvriers des parcs et ateliers : il s'agit du dernier salaire mensuel de base augmenté des primes et indemnités instituées par une disposition législative ou réglementaire.

Article 47 - Obligations en cas de sinistre

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

- un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que le Membre participant est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une autre personne pour l'accomplissement des quatre actes ordinaires de la vie.
Ce certificat devra préciser la date de reconnaissance de la PTIA. Il doit être adressé au médecin conseil de la Mutuelle et doit décrire la cause, la nature de l'invalidité, la date de consolidation de l'incapacité à l'exercice de toute activité professionnelle,
- une attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie,

- la notification de la Sécurité sociale ou l'avis de la Commission de réforme justifiant d'un classement en 3^{ème} catégorie,
- une attestation de « consolidation » de l'état de santé,
- un Relevé d'Identité Bancaire,
- toutes autres pièces ou formulaires éventuellement demandés par la Mutuelle.

Article 48 - Terme de la garantie

La garantie PTIA cesse :

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

CHAPITRE 11 - GARANTIE ADDITIONNELLE FRAIS D'OBSEQUES

Article 49 - Définition et objet de la garantie

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

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

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

Article 50 - Bénéficiaire de la garantie

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

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

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

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

Article 51 - Montant et assiette de la prestation

Les montants de la prestation additionnelle frais d'obsèques sont ceux visés au tableau de garanties en Annexe 2 de la présente Notice d'information.

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

Article 52 - Justificatifs et pièces à fournir

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

- un original de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu du décès),
- la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom de la personne qui l'a réglée ou la facture non acquittée pour un règlement directement à l'entreprise de pompes funèbres,
- le RIB de la personne ayant réglé les frais d'obsèques ou celui de l'entreprise de pompes funèbres pour un règlement directement à celle-ci, en cas de décès par accident pendant la 1^{re} année suivant l'adhésion

ou une augmentation de garantie, un certificat médical relatant la cause du décès et, le cas échéant, la copie du procès-verbal de la Gendarmerie.

Article 53 - Règlement de la prestation

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, la Mutuelle règle les sommes dues dans un délai maximum d'un (1) mois sous réserve que les garanties ne soient pas suspendues ou résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions du présent Contrat.

Article 54 - Rachat

Le contrat collectif est un contrat à fonds perdus et ne comporte ni faculté de rachat, ni valeur de réduction, ni participation aux bénéfices.

Article 55 - Terme de la garantie

La garantie frais d'obsèques cesse :

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

CHAPITRE 12 - DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INTERMINISTERIELLES COMPLEMENTAIRES ET AUX GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 56 - Assiette des prestations

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

- pour les fonctionnaires : celle définie à l'article L. 822-8 du code général de la fonction publique et à l'article 3 du décret n°2010-997 du 26 août 2010,
- pour les agents contractuels : celle définie à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986,
- pour les ouvriers de l'Etat : celle définie à l'article 16 du décret n°2022-1196 du 30 août 2022 et à l'article 3 du décret n°2011-1171 du 23 septembre 2011,
- pour les ouvriers des parcs et ateliers : celle définie au I. de l'article 12 du décret n°65-382 du 21 mai 1965 et à l'article 1 du décret n°2015-1063 du 26 août 2015,
- pour les agents ne relevant du décret du 17 janvier 1986 ou n'ayant pas les conditions d'ancienneté requises : celle définie au II. de l'article 4 du décret n°2024-678 du 4 juillet 2024.

Lorsque la période de référence des douze (12) derniers mois précédant l'évènement, n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué sur une période de douze (12) mois en considérant la période comprise entre la date d'effet de la garantie ou la date d'entrée du fonctionnaire, de l'ouvrier ou de l'agent contractuel et la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

Pour les prestations exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), le montant de référence correspond à celui de l'arrêté en vigueur à la date du sinistre.

Article 57 - Maintien des garanties

a. Maintien au titre des garanties Incapacité et Invalidité

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

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

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

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

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

c. Maintien des garanties en cas de situations de suspension du contrat de travail

Si le fonctionnaire, l'ouvrier ou l'agent est indemnisé pendant sa suspension :

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

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

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

Si le fonctionnaire, l'ouvrier ou l'agent n'est pas indemnisé pendant sa suspension :

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, le bénéfice des garanties prévoyance est suspendu. Toutefois, l'adhérent peut bénéficier du maintien de la garantie décès sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente.

Article 58 - Cessation des garanties

LES GARANTIES PRENNENT FIN AUTOMATIQUEMENT ET DÉFINITIVEMENT DANS LES CAS SUIVANTS :

- À LA DATE OÙ LES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS CESSENT D'ÊTRE EMPLOYÉS PAR LE SOUSCRIPTEUR ET NE REMPLISSENT PLUS LES CONDITIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 4 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION.
- À LA DATE DE PRISE D'EFFET DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT,
- À LA DATE À LAQUELLE LE MEMBRE PARTICIPANT NE REMPLIT PLUS LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU CONTRAT,
- EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DANS LES CONDITIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 63 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION,
- À LA DATE DU DÉCÈS DU MEMBRE PARTICIPANT,
- À LA DATE DE RÉSILIATION DU CONTRAT PAR L'UNE OU L'AUTRE DES PARTIES SELON LES CONDITIONS ET MODALITÉS FIXÉES PAR L'ARTICLE 4 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION.

CHAPITRE 13 - EXCLUSIONS GENERALES ET PARTICULIERES

EN CE QUI CONCERNE L'ENSEMBLE DES PRESENTES GARANTIES, SONT EXCLUES ET NE DONNENT LIEU À AUCUN PAIEMENT LES CONSÉQUENCES :

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

- D'INGESTION DE MÉDICAMENTS NON PRESCRITS PAR UN MÉDECIN OU ABSORBÉS ABUSIVEMENT, (DÉPASSEMENT DES DOSES QUOTIDIENNES MENTIONNÉES SUR LA NOTICE),
- D'ACCIDENTS DONT EST VICTIME LE MEMBRE PARTICIPANT ALORS QU'IL SE TROUVE AVEC UN TAUX D'ALCOOLÉMIE SUPÉRIEUR OU ÉGAL AU TAUX FIXÉ PAR LA RÉGLEMENTATION AU JOUR DE L'ACCIDENT, LORSQUE SA RESPONSABILITÉ EST ENGAGÉE.

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

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

EN CE QUI CONCERNE LES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES ET LES GARANTIES ADDITIONNELLES « INCAPACITÉ » ET « INVALIDITÉ D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE », OUTRE LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES PRÉCITÉES CI, SONT ÉGALEMENT EXCLUS LES CAS SUIVANTS :

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

CHAPITRE 14 - COTISATIONS

Article 59 - Taux et montant

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

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

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

Les cotisations sont libellées en euros. Elles incluent l'ensemble des taxes et frais de gestion et d'acquisition.

Les taux et le montant des cotisations sont révisables à chaque échéance annuelle selon les modalités fixées par l'article 64 de la présente Notice d'information.

Article 60 - Assiette des cotisations

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

- pour les fonctionnaires : le dernier traitement indiciaire brut mensuel, la nouvelle bonification indiciaire ainsi que les derniers éléments de rémunération bruts mensuels (primes et indemnités récurrentes à l'exception des primes et indemnités exceptionnelles) perçus par l'intéressé,
- pour les agents contractuels de droit public et de droit privé : la dernière rémunération mensuelle brute perçue par l'intéressé,
- pour les ouvriers de l'Etat et les ouvriers des parcs et ateliers : la dernière rémunération mensuelle brute perçue par l'intéressé.

Article 61 - Modalités de paiement

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

Les cotisations dues au titre des garanties complémentaires interministérielles et des garanties additionnelles sont acquittées intégralement et directement auprès de la Mutuelle sous la seule responsabilité des adhérents.

Le paiement est effectué par prélèvement bancaire.

Article 62 - Suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations

Les garanties du Contrat sont suspendues en cas de non-paiement de la cotisation.

La suspension des garanties dure et s'achève jusqu'à l'exclusion du Membre Participant tel que prévu par l'article 63 de la présente Notice d'information et par le II. de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité.

Les garanties du Contrat sont également suspendues pour les fonctionnaires, ouvriers et agents placés en position interruptive de rémunération par le Souscripteur, c'est-à-dire dans l'une des situations visées au d. de l'article 5 de la présente Notice d'information.

La suspension des garanties dure et s'achève jusqu'au jour de votre réintégration s'agissant des garanties Incapacité et Invalidité. Toutefois, conformément à l'article 57 de la présente Notice d'information, vous pouvez bénéficier du maintien de la garantie Décès, sous réserve d'acquitter intégralement la cotisation afférente.

AUCUNE PRESTATION NE PEUT ÊTRE VERSÉE PAR LA MUTUELLE DURANT CETTE PÉRIODE DE SUSPENSION.

Article 63 - Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

Le défaut de paiement des cotisations afférentes aux garanties interministérielles complémentaires entraîne la résiliation des garanties interministérielles complémentaires et des garanties additionnelles.

En revanche, le défaut de paiement des cotisations afférentes aux garanties additionnelles entraîne uniquement la résiliation des garanties additionnelles et est sans effet sur les garanties interministérielles complémentaires.

Article 64 - Révision des cotisations

Les cotisations sont révisables dans les conditions fixées ci-après :

La révision des taux, assiette et montant des cotisations est effectuée à la date d'échéance du contrat, c'est-à-dire au 1^{er} janvier de chaque année.

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

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

Conformément aux exigences fixées par le Souscripteur, à législation constante et hors évolution des garanties, le montant de la cotisation initiale est maintenu au minimum jusqu'au 31 décembre 2027, soit pendant une durée de deux (2) ans.

A l'issue de cette période, la Mutuelle peut proposer au comité de pilotage une évolution de la cotisation d'adhésion, motivée par l'une ou plusieurs des situations suivantes :

- aggravation de la sinistralité,

- évolutions démographiques,
- modification de la réglementation.

CHAPITRE 15 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 65 - Déclaration des sinistres

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

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

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

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

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

Toute déclaration de sinistre fait l'objet sous 72 heures ouvrées d'un accusé de réception donnant les références du sinistre et les coordonnées de l'interlocuteur chargé du suivi.

Article 66 - Obligations du Membre Participant

Pour faire valoir ses droits le Membre Participant utilise l'application dédiée ou l'espace adhérent mis à sa disposition par la Mutuelle. Grâce à l'un de ces supports, il transmet à cette dernière les pièces justificatives permettant l'étude de sa demande et le calcul des prestations.

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

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

Article 67 - Justificatifs et pièces à fournir

a. Garantie Incapacité

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

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

- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- le formulaire de demande de prestations.

LA MUTUELLE SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUTE AUTRE PIECE JUSTIFICATIVE AU MOMENT DE LA SURVENANCE DE L'EVENEMENT ET EN COURS DE SERVICE DES PRESTATIONS, NOTAMMENT DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 72 DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION.

b. Garantie Invalidité d'origine non professionnelle

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

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

LA MUTUELLE SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUTE AUTRE PIECE JUSTIFICATIVE AU MOMENT DE LA SURVENANCE DE L'EVENEMENT ET EN COURS DE SERVICE DES PRESTATIONS, NOTAMMENT DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 72 DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION.

c. Garantie Décès

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

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

LA MUTUELLE SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUTE AUTRE PIECE JUSTIFICATIVE AU MOMENT DE LA SURVENANCE DE L'EVENEMENT.

Article 68 - Contrôles médicaux

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical tout Membre Participant ayant bénéficié d'un versement de prestations prévoyance au titre du présent Contrat ou qui demande à bénéficier d'une prestation par la désignation d'un professionnel de santé expert ou de toute personne habilitée que la Mutuelle désignera. Ce contrôle peut s'exercer sur production de pièces justificatives. Ainsi, outre les pièces visées à l'article précédent, la Mutuelle pourra demander tous renseignements ou tous documents complémentaires :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 69 - Modalités, durées et délais de versement

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

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

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

La Mutuelle se réserve le droit de solliciter les informations complémentaires qu'elle jugera nécessaires et de procéder à des contrôles médicaux, conformément à l'article 68 de la présente Notice d'information.

Article 70 – Règlement du capital décès

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

A réception de ces pièces, la Mutuelle verse dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois, les capitaux garantis au(x) bénéficiaire(s).

Plusieurs demandes de pièces formulées par la Mutuelle ne peuvent concerner des pièces identiques ou redondantes

Au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, le capital 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 prévu au deuxième alinéa, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal. Si, au-delà du délai de quinze (15) jours mentionnés au premier alinéa, la Mutuelle a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

En outre, conformément à l'article L.223-19-1 du Code de la Mutualité, en cas de décès du Membre Participant, le capital décès garanti au(x) bénéficiaire(s) produit de plein droit intérêt, net de frais, à compter de la date de connaissance du décès par la Mutuelle, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français, calculé au 1er novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

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

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

CHAPITRE 16 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Outre le dispositif « prévoyance » décrit dans les chapitres précédents, la Mutuelle met en œuvre au bénéfice des personnes physiques protégées par le Contrat des actions et des prestations complémentaires.

Article 71 - Prévention

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

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

Elles sont prises en charge intégralement par la Mutuelle et sont ciblées sur des thématiques prioritaires qui auront été examinées par la Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) créé auprès du secrétariat général de la DGAC.

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

Article 72 - Assistance

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

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

L'assureur des garanties assistance est :

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

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

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

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

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

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

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

Pour l'application du présent article, sont considérées comme « conjoint » les personnes suivantes :

- les conjoints, la personne légalement mariée avec le Membre Participant, ni divorcée, ni séparée de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée,
- les partenaires liés par un PACS conformément aux articles 515-1 et suivants du Code civil,
- les concubins au sens de l'article 515-8 du Code civil.

CHAPITRE 17 - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 73 - Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

LES CONDITIONS DU CONTRAT SONT BASEES SUR LES DECLARATIONS TRANSMISES PAR LE SOUSCRIPTEUR ET LES MEMBRES PARTICIPANTS. TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ENTRAINE L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITE AINSI QUE LA NULLITE DE L'ADHESION.

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

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

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

Article 74 - Déchéance

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

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

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

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

DANS LES CAS VISES AU PARAGRAPHE SUPRA, LA MUTUELLE NOTIFIE AU BENEFICIAIRE, PAR L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, LA DECHEANCE A INDEMNISATION, ET LUI RAPPELLE QU'ELLE A LA POSSIBILITE D'ENGAGER DES POURSUITES PENALES A L'ENCONTRE DE TOUT BENEFICIAIRE AUTEUR OU COMPLICE DE FRAUDE POUR DES FAITS D'ESCROQUERIE, DE TENTATIVE D'ESCROQUERIE, DE FAUX, D'USAGE DE FAUX NOTAMMENT.

Article 75 - Prescription

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

TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :

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

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

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

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

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

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

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

- LA RECONNAISSANCE PAR LE DEBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT (ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL),
- L'EXERCICE D'UNE ACTION EN JUSTICE, MEME EN REFERE, Y COMPRIS LORSQUE L'ACTION EST PORTEE DEVANT UNE JURIDICTION INCOMPETENTE OU LORSQUE L'ACTE DE SAISINE DE LA JURIDICTION EST ANNULE PAR L'EFFET D'UN VICE DE PROCEDURE (ARTICLE 2241 A 2243 DU CODE CIVIL),
- UNE MESURE CONSERVATOIRE PRISE EN APPLICATION DU CODE DES PROCEDURES CIVILES D'EXECUTION OU ACTE D'EXECUTION FORCEE (COMMANDEMENT DE PAYER, SAISIE, ...) (ARTICLE 2444 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE A L'UN DES DEBITEURS SOLIDAIRES PAR UNE DEMANDE EN JUSTICE OU PAR UN ACTE D'EXECUTION FORCEE OU LA RECONNAISSANCE PAR LE DEBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT, A NOTER QUE L'INTERPELLATION FAITE A L'UN DES HERITIERS D'UN DEBITEUR SOLIDAIRE OU LA RECONNAISSANCE DE CET HERITER N'INTERROMPT LE DELAI DE PRESCRIPTION QUE POUR LA PART DE CET HERITIER (ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE AU DEBITEUR PRINCIPAL OU SA RECONNAISSANCE POUR LES CAS DE PRESCRIPTION APPLICABLES AUX CAUTIONS (ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL).

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RESULTER DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE OU D'UN ENVOI RECOMMANDE ELECTRONIQUE, AVEC ACCUSE DE RECEPTION ADRESSE PAR

LA MUTUELLE AU MEMBRE PARTICIPANT, EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA COTISATION, ET PAR LE MEMBRE PARTICIPANT, LE BENEFICIAIRE OU L'AYANT DROIT A LA MUTUELLE, EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE L'INDEMNITE.

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

AINSI, ELLE NE COURT PAS A L'EGARD :

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

ELLE NE COURT PAS OU EST SUSPENDUE :

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

ELLE EST SUSPENDUE :

- A COMPTER DU JOUR OU, APRES LA SURVENANCE D'UN LITIGE, LES PARTIES CONVIENNENT DE RECOURIR A LA MEDIATION OU A LA CONCILIATION OU, A DEFAUT D'ACCORD ECRIT, A COMPTER DU JOUR DE LA PREMIERE REUNION DE MEDIATION OU DE CONCILIATION,**
- LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS, A COMPTER DE LA DATE A LAQUELLE SOIT L'UNE DES PARTIES OU LES DEUX, SOIT LE MEDiateUR OU LE CONCILIEUR DECLARENT QUE LA MEDIATION OU LA CONCILIATION EST TERMINEE.**

- A COMPTER DE LA CONCLUSION D'UNE CONVENTION DE PROCEDURE PARTICIPATIVE OU A COMPTER DE L'ACCORD DU DEBITEUR CONSTATE PAR L'HUISSIER DE JUSTICE POUR PARTICIPER A LA PROCEDURE PREVUE A L'ARTICLE L.125-1 DU CODE DES PROCEDURES CIVILES D'EXECUTION,**
- LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR A COMPTER DU TERME DE LA CONVENTION, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS.**

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

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

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

Article 76 - Réclamation

TOUTE RÉCLAMATION DOIT ÊTRE ADRESSÉE À LA MUTUELLE SOIT PAR ORAL SOIT PAR ÉCRIT, DANS LE RESPECT DES DÉLAIS ÉNONCÉS À L'ARTICLE 75 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION RELATIF A LA PRESCRIPTION.

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

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

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

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

La Mutuelle accuse réception de la réclamation écrite sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation écrite est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux (2) mois à compter de l'envoi. La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

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

Article 77 - Médiation

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

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

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

Un litige ne peut être examiné par le médiateur lorsque :

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

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

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

Article 78 - Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties

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

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

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

Article 79 - Protection des données à caractère personnel

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

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

Dans ce cadre, elle a élaboré une Charte « Vie privée » dont des extraits sont reproduits ci-après :

« III. Fondement et finalités du traitement de vos données »

Vos données à caractère personnel sont traitées afin de répondre à vos sollicitations, d'analyser vos besoins et de vous envoyer des devis. Elles servent également à gérer votre adhésion et les remboursements. Elles vous permettent de bénéficier de services. Ces traitements répondent à des finalités et fondements juridiques précis.

A. Si vous êtes un prospect individuel (éventuellement représenté par un MJPM)

Avant l'adhésion, nous nous fondons sur notre **intérêt légitime** dans les domaines relatifs à notre objet social (assurance complémentaire santé, prévoyance, dépendance, obsèques, assurance emprunteur) pour entrer en relation avec vous.

Dans certains cas, la MGAS recueille et respecte le consentement explicite des prospects pour la collecte et le traitement de leurs données personnelles concernant :

- la gestion des traceurs dans nos sites web (cf chapitre « Politique en matière de traceurs »)
- le démarchage téléphonique
- la prospection électronique (par mail, SMS, sites internet...)

Nos traitements de gestion commerciale (en ligne ou hors ligne) ont pour finalité de :

- bien appréhender vos besoins
- vous communiquer nos offres
- vous proposer des devis
- interagir avec vous en particulier dans le cadre de notre devoir d'information et de conseil

B. Si vous êtes un adhérent (adhésion à un contrat individuel ou un contrat collectif) (éventuellement représenté par un MJPM) ou si vous êtes un ayant droit ou bénéficiaire de de capitaux décès

En phase d'adhésion et après l'adhésion, nous nous fondons sur **l'exécution de mesures précontractuelles et du contrat** ainsi que sur des **obligations légales** pour effectuer les traitements par lesquels vous êtes concernés durant la vie du contrat :

- Gestion administrative des contrats (ex : inscription des ayants droit, changement d'adresse, etc...)
- Gestion des cotisations (ex : calcul, prélèvement, etc...)
- Envoi des certificats de garantie
- Remboursement des frais de santé (ex : réception et vérification des factures, tiers payant, etc...)
- Analyse de devis de professionnels de santé et connexions à des services digitaux sur le site MySantéclair.fr délivrés par notre partenaire Santéclair s'appuyant sur ses réseaux conventionnés
- Versement des prestations de prévoyance (ex : contrôle de pièces justificatives et planification des versements)
- Actualisation et recherche des bénéficiaires de capitaux décès
- Action sociale (ex : instruction de demande d'aides, calcul des aides, etc...)
- Comptabilité (ex : émission des ordres de paiement)
- Relation « multicanal avec les adhérents (téléphone, mail..)(ex : renseignements sur le contrat et prise en compte des demandes)
- Libre-service sur Internet ou application mobile (ex : affichage des remboursements, enregistrement d'une demande, etc...)
- Gestion du recouvrement amiable et contentieux (ex : suivi des relances)
- Lutte contre la fraude, le blanchiment et le financement du terrorisme

Pendant la vie du contrat, nous nous fondons sur notre **intérêt légitime** pour être au plus près de vos besoins et pour effectuer des traitements de support informatique :

- Analyse de la satisfaction des adhérents et de leurs besoins
- Communication « multicanal » sur notre activité (courrier, mail, SMS, site Internet et réseaux sociaux)
- Animation des sections locales
- Proposition de produits et services analogues au contrat initial (assurance complémentaire santé, prévoyance, dépendance, obsèques, assurance emprunteur)
- Gestion des ressources informatiques (ex : contrôle des habilitations, sauvegarde de vos données et enregistrement des traces techniques)
- Supervision informatique (surveiller les accès, assurer des échanges sécurisés, etc...)

Par ailleurs, en fonction de la situation, nous nous fondons sur votre consentement pour :

- gérer des traceurs (si vous bénéficiez de l'espace Adhérents) (voir chapitre « Politique en matière de traceurs »)
- communiquer avec vous par téléphone (même si vous êtes inscrit sur Bloctel) pour toute prospection hors du cadre de votre contrat
- vous mettre en relation avec des partenaires susceptibles de vous apporter des solutions au-delà de l'assurance de personnes (prévention, coaching, etc...)
- pour certains contrats collectifs et à la demande de l'organisme employeur, vous proposer des offres hors contrat initial
- traiter des données de santé dans le cadre de l'action sociale, la prévoyance et l'assurance emprunteur (cf chapitre « Traitements et données de santé »)

(...)

IV. Catégorie de données concernées

Afin de répondre à vos attentes et de nous permettre de remplir nos missions, différents types de données personnelles sont traités.

A. Si vous êtes un prospect individuel (éventuellement représenté par un MJPM), nous sommes susceptibles de traiter les catégories de données suivantes

- Identification (état-civil, coordonnées postales et électroniques, etc...)
- Vie personnelle (situation familiale, situation de handicap, ascendant / descendant à charge, etc...)
- Informations économiques (devis, revenu, etc..)
- Informations professionnelles (statut, type d'employeur, etc...)
- Information sur votre régime de Sécurité sociale (caisse de rattachement, etc...)
- Interactions par courrier, voie électronique, téléphone (enregistrement, etc...)
- Données techniques de sécurisation et d'utilisation des sites Internet et applications de la MGAS

B. Si vous êtes un adhérent (individuel ou collectif) (éventuellement représenté par un MJPM) ou un ayant droit, nous sommes susceptibles de traiter les catégories de données suivantes :

- Identification
- Vie personnelle
- Informations économiques (cotisations appelées, remboursements effectués, etc...)
- Informations professionnelles
- Information sur votre régime de Sécurité sociale
- Données bancaires (coordonnées, rejets de prélèvement, infos Banque de France, etc...)
- Données sensibles concernant la santé (avis médical, devis/dépenses de soins etc...)
- Données d'action sociale
- Copie de pièces justificatives des données précédentes (identité de chaque représentant légal et personnes couvertes, etc...)
- Interactions par courrier, voie électronique ou téléphone
- Besoins et satisfaction des adhérents
- Données techniques de sécurisation et d'utilisation des sites Internet et applications de la MGAS

(...)

X. Principe de conservation de vos données

Afin de limiter les risques sur la confidentialité de vos données, le RGPD impose de limiter la durée de conservation des données au strict nécessaire par rapport à la finalité d'un traitement. Par ailleurs, d'autres législations imposent à l'inverse des durées de conservation minimales.

Les principaux délais retenus sont les suivants :

- Pour les traitements de prospection (avant ou après adhésion) : 3 ans après la première collecte de données ou après le dernier contact commercial actif
- Pour les traitements d'exécution du contrat après adhésion : 10 ans après la fin des engagements contractuels et après le paiement des prestations (pour le contrôle fiscal et pour la preuve de fonctionnement contractuel)
- Certaines données non comptables auront leur propre durée de conservation : traceurs, enregistrements téléphoniques, mails, vidéo-surveillance, copies de pièces d'identité, données de santé ...

De plus, pour limiter au mieux les risques pendant la période de conservation, la MGAS met en œuvre un système d'accès à 2 niveaux selon les indications de la CNIL :

- Niveau Utilisation Courante pour les données nécessaires aux traitements listés précédemment : tous les collaborateurs normalement habilités peuvent accéder aux données
- Niveau Accès Restreint où les données ne sont plus utilisées pour les finalités présentées mais sont encore nécessaires par obligation légale (ex : données de facturation à conserver 10 ans) ou par intérêt administratif

(ex : données d'un éventuel contentieux). Dans ces cas, les données peuvent être consultées de manière ponctuelle et motivée uniquement par un nombre restreint de collaborateurs spécialement habilités.

(...)

XII. Vos droits et choix

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de différents droits :

- Accès
- Portabilité
- Rectification
- Effacement
- Opposition
- Limitation
- Droit lié au profilage
- Droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès »

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

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

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

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

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

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

Article 80 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

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

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

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

Article 81 - Subrogation

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

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

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

Article 82 - Autorité de contrôle

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

ANNEXES

ANNEXE 1 : PERIMETRE DU CONTRAT

Le régime collectif prévoyance instauré par le Contrat s'applique aux fonctionnaires, ouvriers et agents employés et rémunérés par :

- la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC),
- l'Ecole Nationale de l'Aviation Civile (ENAC),
- le Bureau d'Enquêtes et d'Analyses (BEA).

ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES COMPLÉMENTAIRES ET DES GARANTIES ADDITIONNELLES

Le tableau ci-dessous détaille les garanties interministérielles complémentaires et les garanties additionnelles mises en œuvre par le Contrat en complément des garanties statutaires.

Les garanties sont déterminées en pourcentage en fonction de la rémunération brute de l'adhérent ainsi que les éventuelles indemnités. Les garanties exprimées ci-dessous comprennent les garanties « employeur » et le cas échéant les prestations versées par la sécurité sociale.

Pour l'incapacité et l'invalidité, le maintien de rémunération intègre les obligations des garanties statutaires ou le versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Tableau de garanties à effet du 1^{er} mai 2026.

		Garanties statutaires		Garanties Interministérielles Complémentaires (GIC) et Garanties Additionnelles (Options)			
		TIB + NBI	Primes	GIC	GIC + Option 1	GIC + Option 2	GIC + Option 3
Capital décès		100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %
PTIA		-	-	-	-	100 %	150 %
Frais d'obsèques		-	-	-	-	50 % PMSS*	100 % PMSS*
Rente éducation	De 0 à 18 ans	5 % PMSS		-	-	-	-
	De 19 à 27 ans	15 % PMSS		-	-	-	-
Congé Maladie Ordinaire (CMO)	Jusqu'au 90 ^{ème} jour	90%	90%	-	-	-	-
	A compter du 91 ^{ème} jour	50%	50%	-	70 %	80 %	85 %
Congé Longue Maladie (CLM) Congé Grave Maladie (CGM)	Période de plein traitement	100%	33%	100 %	100 %	100 %	100 %
	Au-delà de la période de plein-traitement	60%	60%	80 %	80 %	80 %	85 %
Congé Longue Durée (CLD)	Période de plein traitement	100%	0%	-	100 %	100 %	100 %
	Au-delà de la période de plein-traitement	50%	0%	-	70 %	80 %	85 %
Rente complémentaire à la pension de retraite pour invalidité et à la mise en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle		50 % à 75%	0%	80 %**	80 %	80 %	85 %
Prestation complémentaire d'invalidité Titulaires ***	Catégorie 1	40%	40%	50 %	50 %	50 %	50 %
	Catégorie 2 & 3	70%	70%	80 %	80 %	80 %	85 %
Prestation complémentaire d'invalidité Contractuels	Catégorie 1	30%	30%	50 %	50 %	50 %	50 %
	Catégorie 2 & 3	50%	50%	80 %	80 %	80 %	85 %

** Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : actualisation au 1^{er} janvier de chaque année. (PMSS 2026 : 4 005 €).*

*** Sous déduction de la pension de retraite pour invalidité.*

**** Sous réserve de la mise en œuvre et de la nouvelle définition de la pension d'invalidité des titulaires. A noter : les prestations versées dans le cadre d'une incapacité de travail sont plafonnées au salaire net perçu avant l'arrêt de travail.*

NBI : Nouvelle bonification indiciaire.

TIB : Traitement indiciaire brut

