

GARANTIE PRÉVOYANCE FONCTION PUBLIQUE D'ETAT

Modalités d'application dans les conditions des articles 2 et 4 du décret n°2011-1474 du 8 Novembre 2011

PREAMBULE :

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle Générale de Prévoyance et le présent règlement mutualiste.

Ce contrat a fait l'objet d'une labellisation, pour une période de trois ans renouvelables, par l'un des prestataires habilités par l'Autorité de Contrôle Prudentielle et Résolution figure sur une liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a établi le label. Il est soumis aux obligations posées par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

DISPOSITIONS GENERALES

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Mut'Territoriaux a pour objet d'assurer à l'adhérent le versement de prestations qui compléteront son traitement en cas d'arrêt de travail en relais et complément des statuts régissant la fonction territoriale. Les garanties offertes sont les suivantes :

- Garantie Indemnité Journalière à 95% (Code IJ95)
- Garantie Indemnité Journalière à 90% (Code IJ90)
- Garantie Invalidité de niveau 1 (Code INV1)
- Garantie Invalidité de niveau 2 (Code INV2)
- Garantie Décès (Code DC01)

La ou les options retenues sont mentionnées au bulletin d'adhésion. La garantie de base comporte obligatoirement une garantie indemnité journalière. Pourront être souscrites en complément, les options invalidité et décès. Les options souscrites en complément postérieurement à l'adhésion à la garantie de base feront l'objet d'un questionnaire médical et d'une clause de prorata.

ADHESION

Dans tous les cas

L'adhésion est individuelle.

L'adhésion est ouverte à tous les agents de moins de 52 ans n'étant pas en arrêt de travail, temps partiel thérapeutique ou mi-temps thérapeutique, maternité, invalidité, accident de travail ou disponibilité d'office à la date d'adhésion ou à la date de prise d'effet de cette adhésion. Les formalités médicales, la clause de prorata et la limite d'âge à l'adhésion, ne seront pas appliquées aux agents qui justifient d'une couverture prévoyance au moins équivalente auprès d'un autre organisme en cours ou résiliée depuis moins de 3 mois.

En cas de questionnaire médical

Le questionnaire médical est soumis à l'acceptation du Médecin Conseil de la MGP qui peut organiser s'il le juge nécessaire une visite médicale. Ce dernier prend une décision d'accord ou de refus de la garantie au vu de ces éléments. Le Médecin Conseil a également la possibilité d'accepter l'adhésion avec réserves. Dans ce cas, une lettre est adressée à l'intéressé en double exemplaire par voie recommandée. Cette lettre précise l'affection faisant l'objet de l'exclusion de garantie, s'il accepte ces réserves, l'intéressé retourne alors un exemplaire sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil MGP, après l'avoir signé et inscrit la mention « bon pour accord ». L'intéressé dispose d'un délai de 15 jour franc pour effectuer ce retour suivant la date d'envoi de la lettre de réserves du Médecin Conseil. Si l'intéressé n'accepte pas les réserves ou ne retourne pas la lettre de réserves dans les délais, la MGP considère qu'il y a renonciation à la demande d'adhésion.

Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée à l'adhérent par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Fausse déclaration non intentionnelle

Toutes fausses déclarations non intentionnelles seront sanctionnées conformément aux dispositions de l'article L 221-15 du Code de la Mutualité.

RENONCIATION

Tout adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la date de la prise d'effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. La cotisation lui sera restituée. Une lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée doit être envoyée à la Mutuelle. Elle peut être rédigée en ces termes : « Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse complète), déclare renoncer à mon contrat label MutTerritoriaux n° que j'ai signé le Fait à.....le..... Signature ».

EFFET – DUREE – RENOUELEMENT DE L'ADHESION – RESILIATION – TERME DU CONTRAT

Effet

La garantie prend effet le 1er jour du mois suivant l'acceptation de la demande d'adhésion par la Mutuelle dans les conditions mentionnées aux articles précédents, à condition que l'adhérent ne soit pas en arrêt de travail pour raison médicale, disponibilité pour convenance personnelle ou maternité. L'adhésion ne prend pas effet en cas de refus de celle-ci par la Mutuelle pour les adhésions postérieures aux délais de 6 mois décrits à l'article 2 dans le présent règlement.

Durée - renouvellement

L'adhésion est souscrite pour une durée d'une année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Résiliation

Chaque année, l'adhérent a la faculté de résilier son adhésion en envoyant sa demande de résiliation par lettre recommandée à la MGP au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle. En cas de retrait ou de non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer l'adhérent dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en lui précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour lui. Ces majorations prendront effet à compter du 1er jour du deuxième mois suivant la fin du label. Si la MGP reçoit directement la participation de la collectivité ou de l'établissement public, elle l'informe également de cette décision de retrait ou de non renouvellement. En cas de retrait ou de non renouvellement du label, l'adhérent pourra résilier sa garantie. La résiliation prendra effet le 1er jour du deuxième mois suivant la fin du label.

En cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues, l'adhésion peut être résiliée par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité « non-paiement des cotisations ».

Terme du contrat

La souscription au présent contrat donne droit au bénéficiaire de plusieurs garanties distinctes pouvant avoir des durées et fin de prise en charge différentes.

L'adhésion s'entend globalement et ne prend fin que lorsque l'agent ne peut plus bénéficier d'aucune des garanties souscrites.

DEMISSION, RADIATION, EXCLUSION

Lorsqu'un adhérent démissionne, est radié ou exclu de son emploi ou de la MGP, il ne peut prétendre à aucune prestation au titre d'événements survenus postérieurement à la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion. Les prestations ouvertes antérieurement continuent d'être servies dans le respect des présentes dispositions.

RISQUES EXCLUS

La MGP ne prend pas en charge les risques résultants :

- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le code de la mutualité en temps de guerre ;
- de la participation volontaire de l'adhérent à un acte : de terrorisme, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, de guerre civile ou étrangère, de sabotage, de rixe (sauf cas de légitime défense), d'agression ou crime ;
- d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année du contrat ;
- de la participation volontaire du bénéficiaire à un crime ;
- de mutilation ou de blessure volontaire ;
- de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- de la pratique de tous sports à titre professionnel ;
- de la maternité (sauf cas pathologiques).

Conformément aux articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité, toute fausse déclaration, faux témoignage, fraude ou falsification entraînera automatiquement la nullité du contrat. En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées demeurent acquises à la MGP.

SALAIRE DE REFERENCE

Au moment de l'adhésion, l'agent choisit l'assiette sur laquelle il va cotiser et recevoir ses prestations le cas échéant.

En fonction de ce choix, le salaire de référence est constitué :

- soit du traitement indiciaire brut (TIB) et de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) ;
- soit du traitement indiciaire brut (TIB), de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) et du régime indemnitaire (RI).

Il appartient à l'adhérent d'informer la mutuelle de tout changement de salaire indiciaire. Le salaire de référence sert de base au calcul de la cotisation et des prestations. Seules seront prises en compte les primes susceptibles d'être réduites pour cause d'absence maladie de l'agent. Les heures supplémentaires, les astreintes, les primes de dimanches, nuits et jours fériés et les remboursements de frais sont exclus du salaire de référence. Pour les agents à temps partiel, le salaire de référence correspond à celui déclaré au 1er jour de l'arrêt et ce, jusqu'à la reprise d'activité.

COTISATIONS

La garantie est accordée moyennant le paiement par l'adhérent d'une cotisation annuelle, payable d'avance. Toutefois, cette cotisation peut être fractionnée mensuellement.

La cotisation à acquitter est calculée à compter du 1er jour du mois suivant l'acceptation de la Mutuelle Générale de Prévoyance. Elle est révisable à chaque échéance et est exprimée en pourcentage des bases suivantes :

- **Agents titulaires ou non-titulaires**

Sur le salaire de référence mensuel brut fourni par l'adhérent. Le montant de cette base mensuelle multiplié par douze et par le taux de cotisation donne la cotisation annuelle.

- **Agents ayant un horaire variable**

Sur la moyenne des douze derniers mois de traitement brut -hors indemnité d'entretien et heures supplémentaires- précédant la date d'adhésion, ou du renouvellement de l'adhésion. Le montant de cette base mensuelle multiplié par douze et par le taux de cotisation donne la cotisation annuelle.

La cotisation est due pour tous les adhérents en service actif, en incapacité de travail, en invalidité ou indemnisés en perte de retraite. Les taux de cotisation applicables sont définis par rapport à un barème établi sur la base des taxes connues à la date de son émission. En cas de modification en cours d'année de la réglementation fiscale et sociale, ce barème est susceptible d'évoluer. Toutes taxes dues au titre de la présente garantie sont à la charge de l'adhérent et sont payables en même temps que la cotisation. Le barème de cotisation est adapté à la sinistralité observée en fonction des départements et des tailles de collectivités.

La MGP se réserve le droit de moduler la cotisation dans le cas où une collectivité présenterait une sinistralité particulière ou un taux de mutualisation particulier résultant notamment de la participation de l'employeur.

NON PAIEMENT DES COTISATIONS

Toute cotisation non réglée entraîne la suspension des droits. Les prestations ne seront réglées qu'au paiement de toutes les cotisations à l'échéance prévue.

L'adhérent dispose d'un délai de 10 jours suivant la date d'échéance pour s'acquitter de sa cotisation ou sa fraction de cotisation. À compter de cette échéance, la MGP peut suspendre la garantie 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent, et ce, indépendamment de toute action en justice que la Mutuelle pourrait entreprendre dans le but d'obtenir le paiement des cotisations. Dans le cas d'une cotisation fractionnée, la suspension de la garantie peut produire ses effets jusqu'à 30 jours après l'expiration de la période annuelle considérée. La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours susmentionné. La Mutuelle se réserve le droit de ne pas accepter une future demande d'adhésion.

Dans le cas où la Mutuelle décide de ne pas résilier, la garantie non résiliée reprend effet, à midi, le lendemain du jour où l'adhérent est à jour de ses cotisations, ainsi que les éventuels frais de poursuite et de recouvrement. Quoi qu'il en soit, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après résiliation de l'adhésion.

SUBROGATION

La MGP est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou ayants droit contre les tiers responsables.

RECLAMATION ET MEDIATION

RECLAMATION

Pour toutes réclamations et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance
Service Réclamation
39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier
CS 99050 74992 ANNECY Cedex 9
Ou par mail à l'adresse suivante : mgp@mgprev.fr

A compter de la date de réception de sa demande, le service réclamation lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables. Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné par le Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale de Prévoyance
A l'attention du Médiateur
39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier
CS 99050 74992 ANNECY Cedex 9
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige. Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avvertir immédiatement les 2 parties.

CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE

La MGP se réserve la faculté de procéder à tout contrôle et enquête ou de faire examiner l'adhérent par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties ou de leur reconduction. Le service des prestations peut être suspendu en fonction des résultats du contrôle, de l'enquête ou de l'examen.

Si le résultat de l'examen est contesté par le médecin de l'adhérent, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager. À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence de la MGP, par le Président du Tribunal Judiciaire d'Annecy.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont à la charge de l'organisme assureur dès lors que la contestation de la MGP n'est pas entièrement admise par l'expertise, ils sont à la charge de l'adhérent dans le cas contraire.

Si l'adhérent se refuse à un contrôle ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, le droit aux prestations est suspendu après envoi par la MGP, par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception, d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'adhérent.

Si par principe, la MGP intervient en complément des statuts régissant la Fonction Publique Territoriale ou des prestations de la Sécurité Sociale, elle n'est pas tenue par la qualification de l'incapacité, de l'invalidité donnée par cette dernière, si le contrôle médical diligenté par ses soins conclut à la capacité de l'adhérent de reprendre le travail, à une invalidité de catégorie différente ou à un pourcentage d'incapacité différent.

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la MGP en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

PRORATISATION DES GARANTIES

Garantie maintien de salaire

Les adhérents ne pouvant justifier d'une couverture identique auprès d'un autre organisme et qui ont adhéré après les délais de 6 mois décrits à l'article « Adhésion » verront leurs droits à prestations proratisés pour des arrêts de travail effectués ou nés au cours de la première année d'adhésion.

Chaque période d'activité donne droit à un crédit d'indemnisation (en jours) égal au nombre de jours correspondant aux périodes d'activité de la première année d'adhésion. Exemple : 4 mois d'activité donnent droit à 120 jours d'indemnisation.

À l'issue de la première année, les prestations sont intégralement et définitivement accordées dès lors que :

- L'adhérent justifie de 12 mois consécutifs d'adhésion n'ayant donné lieu à aucune indemnisation de la part de la MGP en maladie ordinaire,
- et que l'adhérent justifie de 12 mois consécutifs d'adhésion n'ayant donné lieu à aucun maintien de salaire à plein traitement en position de longue maladie, grave maladie, maladie longue durée, mi-temps thérapeutique, maternité, invalidité, accident de travail ou maladie professionnelle.

À défaut, les prestations demeureront proratisées jusqu'à l'atteinte des 12 mois consécutifs sans indemnisation.

En cas de changement d'option, seules les garanties complémentaires sont soumises au prorata.

Garantie décès

Les adhérents ne pouvant justifier d'une couverture identique auprès d'un autre organisme et qui ont adhéré après les délais de 6 mois décrits à l'article « Adhésion » verront leurs capital décès réduit de moitié en cas de décès au cours des 6 premiers mois d'adhésion. En cas de changement d'option, seules les garanties complémentaires sont soumises au prorata.

REVALORISATION

Les prestations servies sous forme de rente par la MGP seront revalorisées le 1er janvier de chaque année. Cette revalorisation sera calculée par référence à l'évolution de la valeur de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée d'un 1er janvier à l'autre dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de la Mutuelle. Ne donneront lieu à revalorisation que les prestations servies depuis au moins 6 mois.

APPLICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE

Le règlement mutualiste applicable à l'adhérent, est le dernier approuvé par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Toutefois les agents en arrêt de travail se verront appliquer le règlement mutualiste et les garanties en vigueur au jour de la naissance du risque et jusqu'à son terme.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr. Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL): 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

AUTORITE DE CONTROLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place Budapest – 75436 PARIS cedex 09.

GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIERES

DEFINITION DE LA GARANTIE

L'objet de cette garantie est de faire bénéficier d'indemnité journalière les adhérents de moins de 67 ans et qui se trouvent temporairement dans l'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, et perçoivent à ce titre des prestations soit de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale. Le bénéficiaire de la prestation est l'adhérent lui-même.

MONTANT DE LA GARANTIE

Le paiement de ces prestations s'effectue dans le strict respect des statuts régissant la fonction territoriale. La prestation est exprimée y compris les différents régimes obligatoires et statutaires. La prestation est calculée sur la base du salaire net de référence du dernier bulletin de salaire précédent l'arrêt, sauf pour les agents horaires pour qui la prestation sera calculée sur la base des 3 derniers mois précédant l'arrêt. La quotité de temps de travail qui sera indemnisé est celle appliquée au 1^{er} jour de l'arrêt et ce, jusqu'à la reprise d'activité.

Pour tous les agents

Les indemnités journalières sont calculées et versées selon l'option et le salaire de référence choisis à hauteur de

- 95% du salaire de référence net (Garantie Code IJ95)
- 90% du salaire de référence net (Garantie Code IJ90)

Déduction faite des sommes perçues par l'employeur et tout autre organisme obligatoire (demi-traitement, indemnités journalières)

La MGP limite son intervention à hauteur de 50% (Garantie Code IJ95) ou 45% (Garantie Code IJ90) de la nouvelle bonification indiciaire nette et du régime indemnitaire net si ce dernier est inclus dans le salaire de référence. Pour les agents ayant un horaire variable, la MGP limite son intervention à 50% (Garantie Code IJ95) ou 45% (Garantie Code IJ90) du salaire de référence net.

L'intervention au titre du complément de la nouvelle bonification indiciaire et du régime indemnitaire ne se fait que lorsque l'agent est en demi-traitement.

Règle de cumul :

Le montant des indemnités journalières versées par la MGP augmenté des prestations versées par l'employeur, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique, ne peut excéder

- Garantie Indemnité Journalière à 95% (Code IJ95)

95% du traitement indiciaire mensuel net, plus 50% de la nouvelle bonification indiciaire nette, plus éventuellement 50% du régime indemnitaire net inclus dans l'assiette des cotisations, que l'adhérent aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

- Garantie Indemnité Journalière à 90% (Code IJ90)

90% du traitement indiciaire mensuel net, plus 45% de la nouvelle bonification indiciaire nette, plus éventuellement 45% du régime indemnitaire net inclus dans l'assiette des cotisations, que l'adhérent aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

En cas de dépassement de cette limite, la MGP réduit le versement de ses indemnités à due concurrence de ce montant.

Obligations des agents :

Conformément à l'article 4 du décret n° 87-602 du 30.07.87, le paiement des prestations est suspendu :

- Si l'adhérent ne peut justifier, au-delà des 6 premiers mois d'arrêt de travail consécutifs, qu'une demande de prolongation de maladie a été déposée auprès du Comité médical départemental.

- Si l'adhérent ne se rend pas à expertise diligentée par le Comité Médical et que ce dernier rend un avis à surseoir
- Si l'adhérent ne justifie pas, dans un délai de 2 mois, de la prolongation de son congé de longue maladie ou de maladie de longue durée ou tout autre cas nécessitant l'avis du comité médical ou de la commission de réforme

Droits rétablis :

Dès que l'adhérent est placé en congé de longue maladie, de maladie de longue durée, de mi-temps thérapeutique ou tout autre cas entraînant un rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif, il s'engage à rembourser à la Mutuelle Générale de Prévoyance le montant des prestations qui lui ont été indûment versées. Le non-remboursement de ces sommes entraînerait la radiation de l'adhérent, sans possibilité de ré-adhérer et sans pour autant le soustraire au remboursement des dites sommes.

POINT DE DEPART DU VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL :

- Maladie ordinaire : dès le 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- Congé longue maladie : à partir du début de la 2^e année de congé longue maladie.
- Congé de longue durée : à partir du début de la 4^e année de congé longue durée, ou du début de la 6^e année si la maladie a été contractée en service.
- Disponibilité d'Office : dès la mise en disponibilité d'office, sous réserve que l'agent perçoive des indemnités de coordination, ou le maintien en demi-traitement dans l'attente d'une décision administrative.

Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL :

- Maladie ordinaire : dès le 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- Congé de grave maladie : à partir du début de la 2^e année de congé de grave maladie.

Pour les agents non titulaires :

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

TERME DU VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

La MGP cesse le paiement des prestations dès que l'un des événements ci-dessous survient :

- après 1095 jours d'indemnisations continus au maximum, au titre de la présente garantie ;
- à la reprise d'activité, y compris à temps partiel thérapeutique ou mi-temps thérapeutique ;
- en cas de refus du contrôle médical ;
- si le contrôle médical diligenté par la MGP aboutit à l'arrêt des prestations ;
- à la date de la reconnaissance d'un état d'invalidité par le régime de base de l'adhérent ;
- à la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 67^{ème} anniversaire ;
- si l'adhérent perd sa qualité de fonctionnaire ;
- à la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- au décès de l'adhérent.

DISPONIBILITE D'OFFICE

Dans le cadre d'une mise en disponibilité d'office pour raison médicale ou maintien en demi-traitement dans l'attente d'une décision administrative, la prestation offerte au titre de cette garantie sera de :

730 jours maximum suite à une maladie ordinaire

365 jours maximum suite à une CLM ou CLD

Les prestations versées au titre de cette garantie interviennent en complément des indemnités de coordination versées par l'employeur. La durée totale d'indemnisation cumulée offerte par la MGP au titre de cette garantie ne peut excéder 1095 jours discontinus sur toute la durée de l'affiliation de l'adhérent à la présente disposition statutaire.

Toutefois pour les agents en attente d'une mise en retraite pour invalidité, cette prestation sera versée, si nécessaire, de manière rétroactive à réception des documents CNRACL.

GARANTIE INVALIDITE (SI OPTION SOUSCRITE)

DEFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les adhérents de moins de 62 ans d'une rente en cas de retraite pour invalidité, d'invalidité ou d'une pension en cas d'incapacité permanente. Le bénéficiaire de la prestation est l'adhérent lui-même.

Sont considérés comme bénéficiaires au titre de l'invalidité, les adhérents qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée, d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie professionnelle ou d'accident du travail, de maladie ou d'accident de la vie privée et :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

Pour les agents affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale :

- qui sont reconnus en 1^{er}, 2^e et 3^e catégorie d'invalidité au sens du code de la Sécurité Sociale ;
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

POINT DE DEPART DU VERSEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITE

La rente est servie mensuellement et à terme échu à partir de :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- dès la reconnaissance de l'état d'invalidité avant le 62^e anniversaire;

Pour les agents affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale :

- la date de reconnaissance par la Sécurité Sociale d'une invalidité de 1^e, 2^e ou 3^e catégorie ;
- ou la date d'attribution de la rente d'incapacité permanente pour un taux au moins égal à 33% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

TERME DU VERSEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITE

Le versement de la rente cesse :

- dès la reprise de toute activité professionnelle, même partielle sauf pour les agents en invalidité 1^e catégorie Sécurité Sociale ;
- en cas de refus du contrôle médical ;
- si le contrôle médical diligenté par la MGP aboutit à l'arrêt des prestations ;
- dès le 62^e anniversaire;
- au décès de l'adhérent.

MONTANT ET SERVICE DE LA RENTE :

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé en fonction de l'option choisie sur le bulletin d'adhésion.

Les prestations sont calculées et versées sous déduction des régimes obligatoires

Calcul de la rente : garantie invalidité de niveau 1 (INV1)

La rente est exprimée y compris les différents régimes obligatoires et statutaires. La rente est calculée sur la base du salaire net de référence du dernier bulletin de salaire précédant la mise en invalidité de l'adhérent et de la quotité du temps de travail du mois de l'arrêt initial. En cas d'arrêt médicalement justifié de l'adhérent au cours de cette même période, le salaire net de référence est reconstitué.

En fonction de sa catégorie et de son taux d'invalidité, le montant de la rente, y compris les régimes obligatoires, correspond à :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- taux global d'invalidité CNRACL supérieur ou égal à 50% : 95% du salaire mensuel net de référence,
- taux global d'invalidité CNRACL (n) inférieur à 50% : $(n \times 2) \times 95\% = x\%$ du salaire mensuel net de référence.

Pour les agents affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale :

- taux d'invalidité Sécurité Sociale supérieur ou égal à 66% ou classement en invalidité 2^e ou 3^e catégorie : 95% du salaire mensuel net de référence,
- taux d'invalidité Sécurité Sociale compris entre 33% et 66% ou classement en invalidité 1^{ère} catégorie : 50% du salaire mensuel net de référence.

Calcul de la rente : garantie invalidité de niveau 2 (INV2)

La rente est calculée sur la base du salaire brut de référence du dernier bulletin de salaire précédant la mise en invalidité de l'adhérent et de la quotité du temps de travail du mois de l'arrêt initial. En cas d'arrêt médicalement justifié de l'adhérent au cours de cette même période, le salaire brut de référence est reconstitué.

En fonction de sa catégorie et de son taux d'invalidité, le montant de la rente correspond à :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- taux global d'invalidité CNRACL supérieur ou égal à 60% : 20% du salaire mensuel brut de référence,
- taux global d'invalidité CNRACL compris entre 33% et 60% : 12% du salaire mensuel brut de référence.

Pour les agents affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale :

- taux d'invalidité Sécurité Sociale supérieur ou égal à 66% ou classement en invalidité 2^e ou 3^e catégorie : 20% du salaire mensuel brut de référence,
- taux d'invalidité Sécurité Sociale compris entre 33% et 66% ou classement en invalidité 1^{ère} catégorie : 12% du salaire mensuel brut de référence.

Indemnisation du régime indemnitaire :

Le régime indemnitaire inclus dans l'assiette des cotisations est pris en compte dans le calcul de la rente. En tout état de cause la MGP limite son intervention à hauteur de 50 % du régime indemnitaire net.

Règle de cumul :

Le montant de la rente versée par la MGP augmenté des prestations brutes versées par la CNRACL, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique, ne peut excéder 95% du traitement indiciaire mensuel net, plus 50% de la nouvelle bonification indiciaire nette, plus éventuellement 50% du régime indemnitaire net inclus dans l'assiette des cotisations, que l'adhérent aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

En cas de dépassement de cette limite, la MGP réduit le versement de ses indemnités à due concurrence de ce montant.

GARANTIE DECES (SI OPTION SOUSCRITE)

DEFINITION DE LA GARANTIE

En cas de décès ou d'invalidité totale et permanente de l'adhérent, un capital décès est versé à un ou plusieurs bénéficiaires désignés.

CLAUSE DE DESIGNATION

La désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. Elle peut également être effectuée sur le document mis à la disposition des adhérents par la MGP qui sera transmis à la mutuelle.

Le(s) bénéficiaire(s) du capital décès peut être modifié à tout moment, sauf en cas d'acceptation du bénéficiaire. Dans ce cas, la modification du bénéficiaire ne peut alors intervenir qu'avec l'accord de ce dernier.

A défaut de désignation, le capital est versé en priorité :

- au conjoint non séparé de droit ou de fait,
- au partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),

à défaut par ordre prioritaire d'existence :

- aux enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés, par part égale ; en cas de représentation, la part versée aux représentants est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant,
- aux père et mère de l'adhérent, par part égale,
- aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales.

TERME DE LA GARANTIE

La garantie Décès cesse au 67^{ème} anniversaire de l'adhérent.

MONTANT DE LA GARANTIE

En cas de décès ou d'invalidité totale et permanente de l'adhérent survenant avant son 67^e anniversaire sous réserve du paiement de la cotisation et qu'il soit en activité au moment du décès, la MGP règle un capital égal à 100% du salaire de référence brut annuel.

Le salaire de référence brut annuel est constitué par le traitement indiciaire brut mensuel, la nouvelle bonification indiciaire brute mensuelle assortie éventuellement du régime indemnitaire brut mensuel des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès de l'adhérent. En cas d'arrêt médicalement justifié de l'assuré au cours de cette même période, le salaire de référence brut annuel est reconstitué. Pour les adhérents n'ayant pas 12 mois de présence au sein de la collectivité, le salaire de référence brut est pris au prorata. Pour les adhérents en invalidité au moment du décès, le salaire de référence brut sera celui du mois précédant la mise en invalidité, revalorisé selon l'article « Revalorisation » et reconstitué si l'adhérent était à demi-traitement.

L'Invalidité Totale et Permanente est assimilée au Décès si l'état de l'adhérent donne lieu à l'attribution d'une allocation pour tierce personne par la C.N.R.A.C.L. ou à une reconnaissance, par la Sécurité Sociale, d'une invalidité de 3^e catégorie ou au versement d'une rente d'Incapacité Permanente Totale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle égale à 100 % avec le bénéfice de l'aide d'une tierce personne et qu'elle se produise avant le 62^e anniversaire de l'adhérent.

Dans une telle hypothèse, le bénéficiaire du capital n'est autre que l'adhérent lui-même. Le versement de ce capital libère définitivement la mutuelle de son obligation en cas de décès ultérieur de l'adhérent.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

Seuls les arrêts survenus au plus tôt à compter de la prise d'effet de l'adhésion peuvent donner lieu à prise en charge.

GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES

Pièces à fournir en cas de prestation :

- une demande d'indemnité journalière accompagnée du bulletin de salaire sur lequel est portée la perte de salaire ;
- le dernier bulletin de salaire ou les 3 derniers bulletins de salaire pour les agents à horaire variable ;
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée avec le détail des périodes payées à plein traitement ;
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale ;
- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme ;
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'entrée dans la collectivité de l'adhérent ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) ;
- toute autre pièce justificative demandée par la Mutuelle.

GARANTIE INVALIDITE

Pièces à fournir en cas de demande de prestation :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- L'arrêté de mise en retraite pour invalidité ;
- Le bulletin de salaire précédant la mise en invalidité ou de la disponibilité d'office ;

- le décompte de liquidation de la pension CNRACL ;
- les bulletins de paiements émanant de la CNRACL ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) ;
- une copie de l'avis d'imposition de l'année qui précède la mise en invalidité
- toute autre pièce justificative demandée par la Mutuelle.

Pour les agents affiliés à la Sécurité Sociale :

- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) ;
- une copie de l'avis d'imposition de l'année qui précède la mise en invalidité
- toute autre pièce justificative demandée par la Mutuelle.

GARANTIE DECES

Pièces à fournir en cas de demande de prestation Décès :

- une demande de capital décès signée par le(s) bénéficiaire(s) de la garantie ;
- un extrait d'acte de Décès ;
- une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du Décès ;
- un extrait du livret de famille certifié conforme ;
- toute autre pièce justificative demandée par la Mutuelle.

Pièces à fournir en cas de demande de prestation Invalidité Totale et Permanente :

- la notification CNRACL ou la Sécurité Sociale attestant l'invalidité Totale et Permanente ;
- une attestation médicale précisant la cause accidentelle ou non de l'invalidité ;
- toute autre pièce justificative demandée par la Mutuelle.

Garanties assurées par la Mutuelle Générale de Prévoyance, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660.

Siège social : 39 rue du Jourdil – 74960 CRAN-GEVRIER