

AGENTS DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
Garanties de prévoyance par CONVENTION DE PARTICIPATION
Bulletin d'adhésion individuelle 2024

COLLECTIVITE EMPLOYEUR

VOIRON Ville N° 74 1 M 1234710 001152-1 VOIRON CCAS N° 74 1 M 1234710 001152-2

Envoi de vos documents par mail : OUI NON

Mme M.

Titulaire / Stagiaire

Auxiliaire

Contractuel(le)

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom : Date de Naissance

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Courriel :

N°SS : Clé SS : Date d'entrée dans la collectivité :

Bénéficiaires du capital décès

- Désignation de bénéficiaires (ordre contractuel)
 Autre désignation : Formulaire à compléter (ci-après)

Traitement de référence

TI + NBI / CTI + RI

TI (Traitement Indiciaire) NBI (Nouvelle Bonification Indiciaire) CTI (complément de traitement indiciaire introduit à la suite du Sécurisé de la santé) RI (Régime indemnitaire)

COTISATIONS

FORMULE DE BASE : Maintien salaire (IJ) + Invalidité + Décès / ITP **2,30%** du Traitement de référence Brut
 FORMULE 2 : Maintien salaire (IJ) + Invalidité + Décès / ITP + Obsèques + Perte de Retraite **2,80%** du Traitement de référence Brut

Cotisation (joindre une copie du dernier bulletin de salaire + copie pièce d'identité en cours de validité)

Je m'engage à verser ma cotisation mensuellement par : **Précompte sur salaire**

RESUME DES PRESTATIONS

INDEMNITES JOURNALIERES

Formule de Base et Formule 2 : **90%** du Traitement de référence net (TI + NBI / CTI + RI)

INVALIDITE

Formule de Base et Formule 2 : **90%** du Traitement référence net (TI + NBI / CTI + RI)

DECES ou INVALIDITE TOTALE ET PERMANENTE (ITP)

Formule de Base : **100%** du traitement de référence annuel brut (TI + NBI / CTI ou salaire brut)
Formule 2 : **200%** du traitement de référence annuel brut (TI + NBI / CTI ou salaire brut)

ALLOCATION OBSEQUES

Formule 2 : **100%** du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale)

PERTE DE RETRAITE consécutive à une INVALIDITE PERMANENTE

Formule 2 : **50%** du PASS (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale).

Je, soussigné(e) déclare, à la date de signature du contrat :

- a) Avoir reçu la notice d'information incluant les conditions générales des garanties, et la désignation de bénéficiaires (jointes au présent bulletin) ainsi que les Statuts et le Règlement Intérieur de la Mutuelle.
- b) Ne pas être en arrêt de travail, en temps partiel thérapeutique, invalidité, maternité, disponibilité d'office pour raison médicale, pour convenance personnelle, en congé parental ou encore en accident de travail ou maladie professionnelle.
- c) Dans le cas où mon adhésion ne fait pas partie d'un cas dérogatoire (mise en place du contrat récente, embauche récente, ou changement d'assureur), j'atteste ne pas être (ou avoir été au cours de la dernière année) atteint d'une maladie ou de séquelles d'accident nécessitant des soins ou un traitement médical régulier.
- d) M'être vu proposer et expliquer plusieurs options en fonction de l'analyse de mes besoins et avoir choisi l'option cochée en toute connaissance de cause.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, la Mutuelle Générale de Prévoyance et les autres destinataires traitent vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de vos contrats et dans le cadre de la relation commerciale. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre à des obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte anti-fraude et la lutte anti-blanchiment.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 39 Rue du Jourdin 74960 CRAN GEVRIER ou par mail dpo@mutuelles-entis.fr

Pour davantage d'informations notamment quant à l'exercice de vos droits, retrouvez notre politique de confidentialité <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php> ou dans nos Conditions Générales.

Je suis une Personne Politiquement Exposée (PPE) OUI NON.

PPE : Personne exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou à exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées.

À Le
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Pour adhérer, remplissez le bulletin d'adhésion au recto et joignez-nous :

- une photocopie de votre(s) attestation(s) de droits au Régime Obligatoire (à demander à votre caisse ou à télécharger en ligne ou sur une borne dédiée);
- une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport du souscripteur en cours de validité ;
- le cas échéant, le mandat SEPA complété et signé ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal du (des) compte(s) sur lequel (lesquels) effectuer les remboursements de prestation.
- Le cas échéant, la clause de désignation de bénéficiaire dûment complétée.

→ Retournez ces documents à votre mutuelle.

Conditions applicables en cas de démarchage :

En cas de démarchage dans les conditions de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires (y compris dimanches et jours fériés) à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prolongé au premier jour ouvrable suivant.

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

L'exercice de ce délai de rétraction s'effectuera sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle proposé ci-dessous.

Modèle de lettre de résiliation :

« Madame, Monsieur, »

En application de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties souscrites en date du ____ / ____ / _____. Cette rétraction prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Veuillez agréer.... « Lieu-Date-Nom-Prénom-Signature ».

Conditions applicables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter soit de la date d'effet de l'adhésion soit à la date de réception des conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie si elle est postérieure. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation à adresser en RAR à chaque organisme en cas de vente à distance

« Madame, Monsieur »

En application de l'article L221-18 du code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ____ / ____ / _____. (Cachet de la poste faisant foi). Cette rétraction prend effet à la date prévu au contrat.

Veuillez agréer.... « Lieu-Date-Nom-Prénom-Signature »

Ville de VOIRON N° 74 1 M 1234710 001152-1

CCAS de VOIRON N° 74 1 M 1234710 001152-2

Garanties prévoyance dans le cadre d'une Convention de participation

TRAITEMENT DE REFERENCE :

TBI + NBI / CTI + RI

Le traitement indiciaire brut annuel (TBI) est calculé en utilisant la formule IT x VP, où IT représente l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré et VP représente la valeur du point indice.

Lorsqu'il est fait référence au traitement indiciaire net, on entend par traitement indiciaire net, le traitement indiciaire brut soumis à retenue pour pension, diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, Sécurité sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

En plus de ce traitement indiciaire net défini ci-dessus, peut s'ajouter une NBI (majoration indiciaire) ainsi que le CTI (complément de traitement indiciaire introduit à la suite du Ségur de la santé) octroyés par l'employeur si l'agent occupe une fonction qui ouvre droit à ces majorations.

Lorsqu'il est fait référence à la NBI nette ou au CTI net, on entend par NBI / CTI net(te), la NBI/CTI brut(e) diminué(e) des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, sécurité sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

La base de garantie est celle prise en compte obligatoirement :

- pour le calcul des cotisations,
- pour le calcul des indemnités versées aux assurés.

Régime indemnitaire :

Le régime indemnitaire comprend les primes, indemnités et gratifications brutes qui résultent de dispositions législatives ou réglementaires, à l'exclusion des remboursements de frais et des indemnités accessoires liées à l'exercice des fonctions.

Il inclut notamment : le complément de rémunération (Pays Voironnais), l'allocation vacances (Voiron), et l'ensemble du régime indemnitaire tel que défini par les délibérations des collectivités concernées, à l'exception du CIA (Complément Indemnitaire Annuel) qui est lié à l'évaluation professionnelle.

CONDITIONS D'ADHESION

Ne pas être en arrêt de travail, en temps partiel thérapeutique, invalidité, maternité, disponibilité d'office pour raison médicale, pour convenance personnelle, en congé parental ou encore en accident de travail ou maladie professionnelle.

Dans les 6 mois qui suivent la mise en place de la convention de participation, l'embauche d'un nouvel agent :

- Pas de questionnaire de santé,
- Pas de limite d'âge,
- Pas de proratisation des droits.

Après les 6 mois qui suivent la mise en place de la convention de participation, l'embauche d'un nouvel agent :

- Proratisation des droits au cours de la première année d'adhésion.
- Pas de limite d'âge,

Dans le cas où l'agent est titulaire d'un contrat à titre personnel, l'effet de son adhésion à la convention de participation pourra être reporté à la date d'échéance annuelle de son contrat personnel, pour autant qu'il ait bien rempli un bulletin d'adhésion dans les 6 mois.

- Pas de questionnaire de santé,
- Pas de limite d'âge,
- Pas de proratisation des droits.

Pour les agents n'ayant pas pu adhérer pour cause d'arrêt de travail, de temps partiel thérapeutique, d'invalidité, de maternité, de disponibilité d'office pour raison médicale, pour convenance personnelle, de congé parental ou encore d'accident de travail ou maladie professionnelle, peuvent adhérer, dans les mêmes conditions décrites ci-dessus, dès qu'ils justifient d'une reprise à temps complet.

DETAL DES GARANTIES

Date d'effet au : 01/01/2024

L'assuré peut choisir l'une des deux formules d'indemnisation proposées et bénéficiera de l'intégralité des garanties de la formule choisie.

GARANTIES OBLIGATOIRES		FORMULE DE BASE	FORMULE 2
1/ GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL			
Les indemnités journalières complémentaires garantissent une rémunération indiquée au titre des plafonds ci-dessous, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versées par l'employeur et/ou des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.			
LES PLAFONDS D'INDEMNISATION SONT EXPRIMES EN NET		Indemnisation	Indemnisation
FONCTIONNAIRES RELEVANT DU REGIME SPECIAL DE LA CNRACL			
AGENTS CNRACL	Maladie et accident de la vie privée		
	A compter du passage à demi-traitement, placement pour CMO, CLM, CLD, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical,	90% (TI+CTI+NBI+RI)	90% (TI+CTI+NBI+RI)
AGENTS RELEVANT DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE			
FONCTIONNAIRES	FONCTIONNAIRES		
	Maladie et accident de la vie privée		
	A compter du passage à demi-traitement, placement en CMO, CGM, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical,	90% (TI+CTI+NBI+RI)	90% (TI+CTI+NBI+RI)
CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC			
CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC	Maladie et accident de la vie privée		
	A compter du passage à demi-traitement placement en congés pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical,	90% (TI+CTI) + 90% RI	90% (TI+CTI) + 90% RI
	- Accident et maladie imputables au service	90% (TI+CTI) + 90% RI	90% (TI+CTI) + 90% RI
CONTRACTUELS DE DROIT PRIVE			
CONTRACTUELS DE DROIT PRIVE	Maladie et accident de la vie privée		
	. Arrêt de travail < 1 095 jours, dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	90% du salaire net Sans franchise	90% du salaire net Sans franchise
	- Accident et maladie imputables au service	90% du salaire net Sans franchise	90% du salaire net Sans franchise

- Le droit à prestations n'est ouvert qu'à la fin de la période de mi-traitement ou de plein traitement résultant des congés de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée ;
- L'ouverture des droits est annulée rétroactivement en cas de notification tardive de l'un de ces congés entraînant une restitution des sommes indûment versées par la Mutuelle,
- En cas de résiliation du contrat collectif prenant effet avant l'ouverture des droits à prestations, aucune prestation n'est due à l'adhérent à la fin de la période de franchise ou de latence, quelle qu'en soit sa cause.

AGENTS CNRACL	2/ GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE					
	LES PLAFONDS D'INDEMNISATION SONT EXPRIMES EN NET					
	FONCTIONNAIRES RELEVANT DU REGIME SPECIAL DE LA CNRACL					
	- Invalidité non imputable au service ou maladie professionnelle	90(TI+CTI+NBI+RI) Sans franchise	90% (TI+CTI+NBI+RI) Sans franchise			
	- Invalidité imputable au service et maladie professionnelle	90% (TI+CTI+NBI+RI) Sans franchise	90% (TI+CTI+NBI+RI) Sans franchise			
	AGENTS RELEVANT DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE					
AGENTS RELEVANT DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE	- Invalidité à la suite de maladie ou accident de la vie privée					
	<i>Invalides en situation d'incapacité totale à exercer une profession (catégorie 2) et invalides dans l'incapacité totale de travailler, nécessitant également l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les tâches courantes de la vie (catégorie 3).</i>	90% (TI+CTI+NBI+RI)	90% (TI+CTI+NBI+RI)			
	- Incapacité permanente de la vie professionnelle					
	taux d'incapacité permanente < à 66%	Non garanti	Non garanti			
	taux d'incapacité permanente > à 66%	90% (TI+CTI+NBI+RI)	90% (TI+CTI+NBI+RI)			
	<i>Le montant de la rente est réévalué au 1er janvier de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré, constatée au cours des douze derniers mois et selon le taux défini par l'Assureur.</i>					
3/ GARANTIE DECES TOUTES CAUSES ET Perte TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE						
LES PLAFONDS D'INDEMNISATION SONT EXPRIMES EN BRUT						
- Décès toutes causes (maladie et accident)		100% du TI+CTI+NBI (ou salaire brut si contractuel droit privé)	200% du TI+CTI+NBI (ou salaire brut si contractuel droit privé)			
- Perte totale et irréversible d'autonomie : son versement à l'assuré met fin à la garantie décès.						
4/ GARANTIE OBSEQUES						
Frais d'obsèques		Non garanti	100 % PMSS			
5/ GARANTIE PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE PERMANENTE						
LES PLAFONDS D'INDEMNISATION SONT EXPRIMES EN NET						
FONCTIONNAIRES RELEVANT DU REGIME SPECIAL DE LA CNRACL						
À la suite d'invalidité imputable ou non au service (Capital)		Non garanti	50% PASS			
AGENTS RELEVANT DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE						
À la suite d'invalidité imputable ou non au service (Capital)		Non garanti	50% PASS			

Les prestations dues par la M.G.P. en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente sont limitées par adhérent à 1 650 000 €. Dans ce plafond, entrent en ligne de compte les capitaux garantis et les capitaux constitutifs des rentes à servir.

LEXIQUE :

CMO : congés maladie ordinaire

CGM : congés grave maladie

CLM : congés Longue maladie

CLD : congés Longue durée

PASS : Plafond annuel de la sécurité sociale

CONDITIONS GENERALES 2022

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

CONCLU DANS LE CADRE D'UNE CONVENTION DE PARTICIPATION

PREAMBULE

Le présent contrat collectif de prévoyance est à adhésion facultative.

Il est régi par le Code de la Mutualité et le décret n°2011-1474 du 08 novembre 2011.

Il est composé de deux parties indissociables :

- les conditions générales définissant les obligations des parties contractantes ainsi que l'ensemble des garanties pouvant être adoptées en conformité avec le décret susvisé,
- les conditions particulières déterminant les garanties fixées par le cahier des charges établi par le souscripteur, dans le cadre de la convention de participation.

Il a pour objet de garantir aux agents territoriaux de droit public et de droit privé, non retraités, répertoriés par le souscripteur sur l'état nominatif du personnel à assurer, le versement de prestations lors de la réalisation des risques Incapacité de Travail et, le cas échéant, Invalidité, Décès, Complément Retraite, Rente d'Education, Allocation Obsèques, choisis par le souscripteur.

La convention de participation est conclue pour une durée de six ans, les dispositions du présent contrat sont ainsi fixées pour la même période. A l'échéance, un nouvel appel sera lancé pour la souscription d'une nouvelle convention, sauf prorogation d'un an dûment régularisée par voie d'avenant (une seule prorogation autorisée).

Le souscripteur informe ses agents de la signature de celle-ci, des caractéristiques du contrat et des modalités d'adhésion à celui-ci.

La mutuelle produit à la collectivité, au terme d'une période de trois ans et au terme de la convention, un rapport retracant les opérations réalisées au vu des critères des 2^e et 4^e de l'article 18 du décret susvisé. Si ces critères n'ont pas été satisfait, la collectivité peut résilier la convention.

Le souscripteur est tenu de fournir un état déclaratif des risques à couvrir.

Le souscripteur est tenu de fournir à la MGP, pour chaque agent, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu'elle fixe et de remettre à ce dernier un bulletin d'adhésion ainsi qu'une notice d'information précisant les clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des agents, le souscripteur est également tenu d'informer chaque agent en lui remettant une notice d'information établie à cet effet par la MGP. L'agent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice d'information et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif, incombe au souscripteur.

TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE 1 : GENERALITES

ARTICLE 1. OBJET DE LA GARANTIE

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

Les garanties proposées par la MGP sont : Obligatoirement :

La garantie Incapacité Temporaire de Travail,

Sur option, selon le régime de base de l'agent, les garanties suivantes :

- Invalidité,
- Perte de retraite,
- Décès/Invalidité Totale et Permanente,
- Rente d'éducation,
- Allocation obsèques.

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet du contrat collectif visée aux conditions particulières.

Les garanties peuvent être modifiées à la demande de l'agent en fonction des options de garanties proposées dans le cadre du contrat. Les garanties cessent dès que l'agent perd sa qualité d'agent territorial.

ARTICLE 2. ADHESION AU CONTRAT PAR LES AGENTS

2.1- Dans tous les cas

L'adhésion au contrat collectif facultatif est individuelle.

L'adhésion est ouverte à tous les agents exerçant leur activité professionnelle au sein d'une collectivité territoriale, et n'étant pas en arrêt de travail, temps partiel thérapeutique, maternité, invalidité, accident de travail ou disponibilité d'office à la date d'effet du contrat.

Les garanties cessent dès lors que l'assuré ne remplit plus les conditions d'adhésion.

Pendant les six premiers mois suivant la date d'effet du contrat, l'adhésion est ouverte à tous les agents n'étant pas en arrêt de travail, en temps partiel thérapeutique, invalidité, maternité, disponibilité d'office pour raison médicale, pour convenance personnelle, de congé parental ou encore accident de travail ou maladie professionnelle à la date d'adhésion, sans limite d'âge, ni questionnaire médical, ni clause de prorata.

Passé ce délai de six mois, l'adhésion est ouverte aux agents n'étant pas en arrêt de travail, en temps partiel thérapeutique, invalidité, maternité, disponibilité d'office pour raison médicale, pour convenance personnelle, de congé parental ou encore accident de travail ou maladie professionnelle à la date d'adhésion, et est soumise à une clause de prorata des garanties et à la fourniture à l'adhésion d'une déclaration de bon état de santé. L'agent ne

pouvant fournir ce document se verra obligé de remplir un questionnaire médical.

Les formalités médicales, la clause de prorata 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.

Les agents qui n'ont pas pu adhérer pour cause d'arrêt de travail, de temps partiel thérapeutique, d'invalidité, de maternité, de disponibilité d'office pour raison médicale, pour convenance personnelle, de congé parental ou encore accident de travail ou maladie professionnelle, peuvent adhérer, dans les mêmes conditions que décrites ci-dessus, selon le niveau de participation, dès qu'ils justifient d'une reprise d'activité effective à temps complet de 30 jours continus.

Un agent nouvellement embauché bénéficie de ces mêmes conditions d'adhésion pendant un délai de 6 mois à compter de la date de son embauche.

2.2- 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 jours francs, 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.

2.3- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L 221-14 du Code de la Mutualité, 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.

2.4- 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.

ARTICLE 3. 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 n°..... que j'ai signé le Fait à Signature ».

ARTICLE 4. EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION - RESILIATION

4.1- Conditions applicables au souscripteur

La date d'effet du présent contrat collectif facultatif est visée aux conditions particulières. Il sera ensuite tacitement reconduit pour des périodes annuelles.

Le souscripteur aura la faculté de le résilier annuellement par courrier recommandé avec accusé de réception, moyennant un préavis de 2 mois avant l'échéance.

Cependant, il est à noter la spécificité de ce contrat du fait de sa concomitance avec une convention de participation souscrite par les deux parties susmentionnées.

Ainsi, en cas de résiliation anticipée ou de non renouvellement de la convention de participation, le contrat pourra continuer à exister, après information, par l'employeur public, auprès des adhérents, quant aux conséquences de cette décision relatives à l'arrêt de la participation de l'employeur public et aux éventuelles majorations de cotisation applicables ultérieurement.

4.2- Conditions applicables à l'adhésion par l'agent

4.2.1- Effet

La garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion et 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 « ADHESION AU CONTRAT PAR LES AGENTS » des présentes Dispositions Générales.

Si l'adhérent venait à être en arrêt de travail pour raison médicale, disponibilité pour convenance personnelle ou maternité, à la date prévue d'adhésion, les dispositions de l'article « ADHESION AU CONTRAT PAR LES AGENTS » alinéa 1 s'appliqueront alors.

4.2.2- 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.

4.2.3 Mobilité

En cas de mutation d'un agent pour un autre employeur public n'ayant pas mis en place une Convention de Participation, la Mutuelle Générale de Prévoyance offre la possibilité de maintenir les garanties à titre individuel pendant un an.

Au terme de cette année l'adhérent aura la possibilité d'adhérer individuellement à l'une de nos garanties labellisées.

4.2.4- 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 résiliation anticipée ou de non renouvellement de la convention de participation, l'employeur doit en informer l'adhérent dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision.

En cas de résiliation anticipée ou de non renouvellement de la convention de participation, l'adhérent pourra résilier sa garantie. La résiliation prendra effet le 1er jour du deuxième mois suivant la résiliation anticipée ou le non renouvellement de la convention de participation.

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 détaillées à l'article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ».

ARTICLE 5. 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.

ARTICLE 6. 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).

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat. En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées demeurent acquises à la MGP.

Ce régime de prévoyance est garanti par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n°337.682.660.

Siège social : 39 Rue du Jourdin – 74960 CRAN-GEVRIER

ARTICLE 7. TRAITEMENT DE REFERENCE

A la mise en place du contrat, la collectivité choisit l'assiette sur laquelle l'agent va cotiser et recevoir ses prestations le cas échéant.

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

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

Il appartient à l'adhérent ou à l'employeur d'informer la mutuelle de tout changement de traitement indiciaire. Le traitement de référence sert de base au calcul de la cotisation et des prestations. Les heures supplémentaires, les astreintes et les remboursements de frais sont exclus du traitement de référence. Pour les agents à temps partiel, le traitement de référence correspond à celui déclaré au 1^{er} jour de l'arrêt et ce, jusqu'à la reprise d'activité.

ARTICLE 8. 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, trimestriellement, semestriellement.

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 (le taux est identique pour tous les agents affiliés sauf adhésion au-delà d'un délai de 6 mois à compter de la date d'effet du contrat) :

- Agents titulaires ou non-titulaires

Sur le traitement de référence mensuel brut du mois de janvier de l'année en cours. 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- précédent 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 au barème figurant en annexe. Ce barème est 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 dans les conditions fixées ci-dessous. 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.

La tarification est établie pour une période de six ans.

Exceptionnellement, les limites tarifaires fixées peuvent être dépassées pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes à condition qu'elles revêtent un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents,
- Évolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation (désengagement de la Sécurité Sociale, modification des couvertures statutaires, renforcement des exigences prudentielles) La tarification, les conditions dans lesquelles ces modifications seront présentées et les délais de réponses de la collectivité sont fixées dans la convention de participation et les conditions particulières du contrat.

Paiement des cotisations par le souscripteur

Sauf dispositions contraires, les cotisations sont payables mensuellement.

Chacun des paiements doit être accompagné d'un état nominatif des agents adhérents, et comportant le N° de Sécurité Sociale, l'assiette ou les assiettes servant de base de calcul de la cotisation pour la période concernée, ainsi que le taux de cotisation appliqué.

Le souscripteur est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation, et ce quelle qu'en soit la cause, y compris la part salariale éventuelle.

Paiement de la cotisation par l'agent

L'agent devra transmettre à la MGP une autorisation de prélèvement bancaire, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire.

À défaut de dispositions contraires prévues au contrat ou au bulletin d'adhésion, la MGP prélèvera mensuellement la part de cotisation de l'agent.

En cas d'incidents de paiement répétés (2 rejets consécutifs de prélèvements), la MGP se réserve le droit d'appliquer des pénalités, de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées et elle pourra exiger le paiement annuel de la cotisation nonobstant l'application des dispositions de l'article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS » ci-après.

En cas de rejet de prélèvement pour motif « compte insuffisamment approvisionné », il sera imputé à l'agent des frais dont le montant est fixé chaque année.

Les agents réglant leurs cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devront en faire la demande par écrit.

Ils devront alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à leur convenance.

Le règlement de la cotisation en cas de mode de paiement autre que le prélèvement automatique, devra s'effectuer dans les quinze jours suivant la date d'échéance mentionnée sur l'appel de cotisations.

Le contrat ou le bulletin d'adhésion peut prévoir le versement d'un acompte à l'adhésion.

En cas d'indemnisation, il n'y a pas d'exonération de cotisation.

ARTICLE 9. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Toute cotisation non réglée entraîne la suspension des droits selon les dispositions de

l'article L 221-8 du Code de la Mutualité. Les prestations ne seront réglées qu'au paiement de toutes les cotisations à l'échéance prévue.

Lorsque le souscripteur assure le précompte de la cotisation :

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure du souscripteur. La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours précité.

Lorsque le souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation :

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance, peut être exclu du groupe. Cette exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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.

ARTICLE 10. 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.

ARTICLE 11. 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 de Grande Instance 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.

ARTICLE 12. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union 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. Dans le cadre des opérations collectives, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L11-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits 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.

ARTICLE 13. FORCLUSION

Les demandes de prestations doivent être effectuées, sous peine de forclusion, dans un délai de 6 mois à compter de la date où l'adhérent peut prétendre aux prestations.

ARTICLE 14. PRORATISATION DES GARANTIES

14-1. 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 "ADHESION AU CONTRAT PAR LES AGENTS » des présentes Dispositions Générales verront leurs droits à prestations proratisés pour des arrêts de travail effectués ou nés au cours de la première année d'adhésion.

Ce régime de prévoyance est garanti par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n°337.682.660.

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

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.

A 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.

A 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.

14.2 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 « ADHESION AU CONTRAT PAR LES AGENTS » des présentes Dispositions Générales 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.

ARTICLE 15. REVALORISATION

Les prestations servies par la MGP seront revalorisées le 1^{er} janvier de chaque année. Cette revalorisation sera calculée par référence à l'évolution de la valeur du point AGIRC ARCCO constatée d'un 1^{er} 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.

ARTICLE 16. RECLAMATIONS ET MEDIATION

RECLAMATIONS

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 Jourdin – Cran-Gevrier
CS 99050 74992 ANNECY cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations 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 des 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 en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale de Prévoyance
Monsieur le médiateur
39 rue du Jourdin – 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 avertir immédiatement les 2 parties.

ARTICLE 17. PROTECTION DES DONNEES 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'intérêts 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 Jourdin – 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.mgpPrev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

ARTICLE 18. 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), siège 4 Place Budapest – 75436 PARIS cedex 09.

CHAPITRE 2 : GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES

ARTICLE 19. DEFINITION DE LA GARANTIE

L'objet de cette garantie est de faire bénéficier d'indemnité journalière les adhérents qui ne peuvent prétendre à une retraite à taux plein 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.

ARTICLE 20. 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 traitement net de référence du dernier bulletin de paie précédent l'arrêt, sauf pour les agents horaires pour qui la prestation sera calculée sur la base des 12 derniers mois précédent l'arrêt.

20.1 Pour les agents titulaires ou non titulaires

Les indemnités journalières sont calculées et versées selon l'option et le traitement de référence définis par le souscripteur dans son cahier des charges :

X % du traitement de référence net que l'adhérent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

La MGP limite son intervention à hauteur de Y% de la nouvelle bonification indiciaire nette et du régime indemnitaire net si ce dernier est inclus dans le traitement de référence. Pour les agents ayant un horaire variable, la MGP limite son intervention à Y% du traitement de référence net.

NB : les variables X et Y sont définies par le souscripteur et reportées aux conditions particulières du contrat.

20.2 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 X % du traitement indiciaire mensuel net, plus Y% de la nouvelle bonification indiciaire nette, plus éventuellement Y% du régime indemnitaire net inclus dans l'assiette des cotisations, que

Ce régime de prévoyance est garanti par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n°337.682.660.

Siège social : 39 Rue du Jourdin – 74960 CRAN-GEVRIER

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.

NB : les variables X et Y sont définies par le souscripteur et reportées aux conditions particulières du contrat.

20.3 - 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. Le paiement des prestations est également suspendu 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.

20.4 - Droits rétablis

Dès que l'adhérent est placé en congé de longue maladie, de maladie de longue durée, de temps partiel 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 pour autant le soustraire au remboursement des dites sommes.

ARTICLE 21. POINT DE DEPART DU VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

21.1- 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.

21.2 - 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.

21.3- 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.

ARTICLE 22. 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 ;
- à la reprise d'activité ;
- 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 dès que l'adhérent peut prétendre à une retraite à taux plein ;
- 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.

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
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.

CHAPITRE 3 : GARANTIE INVALIDITE (si option souscrite)

ARTICLE 23. 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^{ère}, 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.

ARTICLE 24. 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 :

- la date de mise à la retraite pour invalidité ;

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

- la date de reconnaissance par la Sécurité Sociale d'une invalidité de 1^{ère}, 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.

ARTICLE 25. TERME DU VERSEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITE

Le versement de la rente cesse :

- dès la reprise de toute activité professionnelle à plein temps ;
- en cas de refus du contrôle médical ;
- si le contrôle médical diligenté par la MGP aboutit à l'arrêt des prestations ;
- dès la mise en retraite de l'adhérent et au plus tard à 62 ans ;
- au décès de l'adhérent.

ARTICLE 26. 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.

26.1 -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 traitement net de référence du dernier bulletin de paie précédent la mise en invalidité de l'adhérent. En cas d'arrêt médicalement justifié de l'adhérent au cours de cette même période, le traitement 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 traitement mensuel net de référence,
- taux global d'invalidité CNRACL (n) inférieur à 50% : $n/50 \times 95\%$ du traitement 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 traitement mensuel net de référence,

- taux d'invalidité Sécurité Sociale compris entre 33% et 66% ou classement en invalidité 1ère catégorie :
- 50% du traitement mensuel net de référence.

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

La rente est calculée sur la base du traitement brut de référence du dernier bulletin de paie précédent la mise en invalidité de l'adhérent. En cas d'arrêt médical justifié de l'adhérent au cours de cette même période, le traitement 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 traitement mensuel brut de référence,
- taux global d'invalidité CNRACL compris entre 33% et 60%: 12% du traitement 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 2e ou 3e catégorie : 20% du traitement mensuel brut de référence,
- taux d'invalidité Sécurité Sociale compris entre 33% et 66% ou classement en invalidité 1ère catégorie : 12% du traitement mensuel brut de référence.

26.3 - Pourcentage limite du montant de la rente

Le montant de la rente est au plus égal à 50 % du traitement mensuel net de référence qu'aurait perçu l'adhérent s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie.

26.4- 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.

26.5 - 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.

CHAPITRE 4 : GARANTIE PERTE DE RETRAITE (si option souscrite)

ARTICLE 27. DEFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de servir une rente viagère à l'adhérent en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité telle que définie à l'article « POINT DE DEPART DU VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES »,

survenue avant 62 ans. Le bénéficiaire de la prestation est l'adhérent.

ARTICLE 28. POINT DE DEPART DU VERSEMENT DE LA RENTE

Le versement débute en relais des prestations invalidité et au plus tôt à l'âge de 62 ans.

ARTICLE 29. TERME DU VERSEMENT DE LA RENTE

La MGP met fin au versement de la rente au décès de l'adhérent.

ARTICLE 30. MONTANT ET SERVICE DE LA RENTE

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

30.1 - Calcul de la rente

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

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 % de la perte nette de retraite,
- taux global d'invalidité CNRACL (n) inférieur à 50% : $n/50 \times 95\%$ de la perte nette de retraite.

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 2e ou 3e catégorie : 95% de la perte nette de retraite,
- Taux d'invalidité Sécurité Sociale compris entre 33% et 66% ou classement en invalidité 1ère catégorie : 50% de la perte nette de retraite.

30.2 - Pourcentage limite du montant de la rente

Le montant de la rente est au plus égal à 50% de la retraite nette qu'aurait perçu l'adhérent s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie.

30.3 - Règle de cumul

L'ensemble du montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite versé par la MGP ne pourra excéder 95% de la perte de retraite. En cas de dépassement de cette limite, la MGP réduit le versement de ses indemnités à due concurrence de ce montant.

CHAPITRE 5 : GARANTIE DECES (si option souscrite)

Les prestations dues par la M.G.P. en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente sont limitées par adhérent à 1 650 000 €. Dans ce plafond, entrent en ligne de compte les capitaux garantis et les capitaux constitutifs des rentes à servir.

Ce régime de prévoyance est garanti par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n°337.682.660.

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

ARTICLE 31. 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.

ARTICLE 32. 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 (peuvent) être modifié(s) 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 expresse, le capital décès 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 parts égales ; 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 parts égales,
- aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successoriales.

ARTICLE 33. TERME DE LA GARANTIE

La garantie Décès cesse dès la mise en retraite de l'adhérent et au plus tard à son 67^e anniversaire.

ARTICLE 34. 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 un pourcentage du traitement de référence brut annuel, définie par le souscripteur dans le cahier des charges et reporté aux conditions particulières du contrat.

Le traitement 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 médical justifié de l'assuré au cours de cette même période, le traitement de référence brut annuel est reconstitué. Pour les adhérents n'ayant pas 12 mois de présence au sein de la collectivité, le traitement de référence brut est pris au prorata. Pour les adhérents en invalidité au moment du décès, le traitement de référence brut sera celui du mois précédent 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.

CHEMINS DE VIE : CHAPITRE 6 : GARANTIE RENTE EDUCATION (si option souscrite)

ARTICLE 35. DEFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier, en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente de l'agent, d'une rente éducation à chaque enfant restant à charge à la date du fait génératrice de la garantie.

Les bénéficiaires de la rente éducation sont : Les enfants de l'agent ou les enfants qu'il a recueillis :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- s'ils sont âgés de moins de 25 ans, s'ils poursuivent des études ;
- les enfants placés sous un régime de protection légale.

La rente est alors versée :

- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 18e anniversaire ;
- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 25e anniversaire s'il est affilié au régime de Sécurité Sociale des étudiants en poursuivant des études supérieures.

Les rentes seront servies à compter du décès ou de la constatation de l'invalidité totale et permanente de l'agent. Le paiement de la rente cessera à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire décède ou lorsqu'il ne remplira plus les conditions.

Montant des prestations : défini aux conditions particulières, si garantie souscrite.

CHEMINS DE VIE : CHAPITRE 7 : GARANTIE OBSEQUES (si option souscrite)

ARTICLE 36. DEFINITION DE LA GARANTIE

Le contrat collectif a pour objet le versement d'une indemnité sur frais d'obsèques, à hauteur des dépenses supportées et plafonnées au montant fixé aux conditions particulières de ce présent contrat.

CHEMINS DE VIE : CHAPITRE 8 : 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.

ARTICLE 37. GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES

Pièces à fournir en cas de prestation :

- une demande d'indemnité journalière accompagnée du bulletin de paie sur lequel est portée la perte de salaire ;
- le dernier bulletin de paie ou les 12 derniers bulletins de paie 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'embauche 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.

ARTICLE 38. 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 paie précédent la mise en invalidité ;
- 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) ;
- 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) ;
- toute autre pièce justificative demandée par la Mutuelle.

ARTICLE 39. GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Pièces à fournir en cas de demande de prestation :

- le(s) titre(s) de pension(s) retraite(s) (CNRACL, Sécurité Sociale,...) ;
- les relevés de carrière des différents régimes ;
- le ou les titre(s) de retraite complémentaire ;
- toute autre pièce justificative demandée par la Mutuelle.

ARTICLE 40. 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.

ARTICLE 41. GARANTIE RENTE EDUCATION

Justificatifs à fournir en cas de décès :

- une demande de rente,
- un extrait de l'acte de Décès,
- un extrait du livret de famille certifié conforme,
- un justificatif de lien de parenté,
- un certificat de scolarité pour la rente d'éducation,
- toute autre pièce justificative demandée éventuellement par la MGP.

ARTICLE 42. GARANTIE OBSEQUES

Les frais d'obsèques seront remboursés sur présentation des justificatifs suivants :

- une demande de remboursement signée par la personne qui s'est acquittée des frais d'obsèques,
- le bulletin de décès,
- les justificatifs attestant du paiement des frais d'obsèques.

ARTICLE 43. PREVENTION

Le présent contrat bénéficie, dès la seconde année de souscription, de prestations Prévention à la charge de la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Sous réserve de validation par la Mutuelle Générale de Prévoyance, la prestation sera au minimum d'une action tous les trois ans et dans la limite d'un coût annuel total de 2% des cotisations HT encaissées l'année précédente. Ces prestations sont offertes aux salariés ou agents adhérents au contrat de Prévoyance, et ce dès la date d'effet de leur adhésion au contrat.

Au-delà de cette limite budgétaire, ces services s'effectueront sur devis et facturation au souscripteur du contrat collectif.

MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE
39 RUE DU JOURDIL
CS 99050 – CRAN-GEVRIER
74992 ANNECY CEDEX 9

Ou par mail à : designation-beneficiaire@mgprev.fr

- Ville de VOIRON N° 74 1 M 1234710 001152-1
 CCAS de VOIRON N° 74 1 M 1234710 001152-2

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Adhérent

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Sécurité Sociale :

1. Vous désirez que la prestation soit attribuée **en totalité à un seul bénéficiaire ou à défaut (en cas, par exemple, de décès de celui-ci) à un ou plusieurs autres bénéficiaires à parts égales, ou selon un pourcentage attribué à chacun d'eux**, remplissez le cadre suivant :

% attribué ou ordre	Nom - Prénom	Date de Naissance	Adresse

2. A défaut, l'attribution sera faite en fonction de la désignation (ordre contractuel) suivante.

« Je désigne comme bénéficiaire(s) de mon capital décès et selon la formule générale suivante :

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

A défaut par ordre prioritaire d'existence :

- ↳ aux enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés, par parts égales ; 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 parts égales,
- ↳ aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successoriales.

Fait à le
Signature