



**ADHESION  
A LA GARANTIE  
PERTE DE REMUNERATION COMPLEMENTAIRE  
pour les agents de la fonction publique**

Mutuelle Centrale des Finances

110 rue de Picpus – CS 80 504 – 75131 Paris Cedex 12

Mutuelle n° 302 976 568 régie par le livre II du code de la mutualité

**Comment remplir ce document :**

Il est divisé en trois parties.

1/ Le devoir de conseil décrit pas à pas les trois étapes de votre couverture en cas d'arrêt maladie :

- la couverture par votre employeur
- la couverture par votre employeur complétée par le socle du contrat collectif
- la couverture de votre employeur ajoutée au socle du contrat collectif complétée par la garantie « PR complémentaire » de la MCF.

2/ Le bulletin d'adhésion proprement dit.

**Les deux parties, devoir de conseil et bulletin, doivent être signés**, c'est une obligation légale.

3/ Par ailleurs, nous vous proposons d'autres produits de prévoyance de CNP accessibles sous condition :

- possibilité d'adhérer à la garantie Frais d'obsèques **dans les 5 ans de votre adhésion à la MCF**
- **si vous avez moins de 45 ans**, possibilité d'adhérer à la garantie Capital Décès après acceptation de CNP (questionnaire de santé : QS)
- possibilité d'adhérer à la garantie Dépendance après acceptation de CNP (questionnaire de santé : QS)



# DEVOIR DE CONSEIL CONCERNANT LA GARANTIE PERTE DE REMUNERATION COMPLEMENTAIRE

Mutuelle Centrale des Finances

110 rue de Picpus – CS 80 504 – 75131 Paris Cedex 12

Mutuelle n° 302 976 568 régie par le livre II du code de la mutualité

## Préambule :

Ce document est destiné à adhérer à la garantie « Perte de rémunération complémentaire ».

Elle est destinée aux agents des trois fonctions publiques en activité de service qui disposent d'une couverture prévoyance mise en place par leur employeur dans le cadre de la protection sociale complémentaire (PSC).

**Cette garantie complète la garantie prévoyance minimale dite « socle » prévue par l'accord interministériel du 20 octobre 2023.**

**Elle complète vos ressources en cas d'arrêt maladie de plus de trois mois.**

Par conséquence elle est destinée :

- aux agents qui ont une **couverture collective prévoyance obligatoire**
- aux agents qui ont une **couverture collective prévoyance facultative et qui ont souscrits au socle de cette couverture facultative.<sup>1</sup>**

## Étape 1 de votre couverture : la couverture de votre employeur

La couverture statutaire présente les garanties suivantes :

MALADIE	Congé Maladie Ordinaire (CMO)	couverture statutaire = votre employeur	
		TIB + NBI	Primes
	1 à 3 mois	90%	90%
	4 à 12 mois	50%	50%
	Congé Longue / Grave Maladie (CLM/ CGM)		
	1 <sup>ère</sup> année	100%	33%
	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> années	60%	60%
	Congé Longue Durée CLD		
	1 <sup>ère</sup> année	100%	
	2 <sup>e</sup> & 3 <sup>e</sup> années	100%	
	4 <sup>e</sup> & 5 <sup>e</sup> années	50%	
INVALIDITE	retraite pour invalidité		50% à 75%
	pension d'invalidité contractuels	catégorie 1	30%
		catégories 2 & 3	50%

<sup>1</sup> Vous êtes dans un cas ou l'autre, jamais dans les deux.

## Étape 2 de votre couverture : la couverture du contrat collectif prévoyance choisi par votre employeur.

Les garanties de ce socle s'ajoutent aux garanties statutaires.

Votre couverture **avec socle et sans option** est celle-ci :

		couverture statutaire = votre employeur		couverture socle = assureur choisi par votre employeur		Total employeur +socle	
		TIB + NBI	Primes	TIB + NBI	Primes	TIB + NBI	Primes
<b>MALADIE</b>	congé Maladie Ordinaire (CMO)	1 à 3 mois	90%	90%		90%	90%
		4 à 12 mois	50%	50%		50%	50%
	congé Longue / Grave Maladie (CLM/ CGM)	1 <sup>ère</sup> année	100%	33%		67%	100%
		2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> années	60%	60%	20%	20%	80%
	congé Longue Durée CLD	1 <sup>ère</sup> année	100%			100%	
		2 <sup>e</sup> & 3 <sup>e</sup> années	100%			100%	
		4 <sup>e</sup> & 5 <sup>e</sup> années	50%			50%	
<b>INVALIDITÉ</b>	retraite pour invalidité		50% à 75%		5% à 30%	80%	80%
	pension d'invalidité contractuels	catégorie 1	30%	30%	20%	20%	50%
		catégories 2 & 3	50%	50%	30%	30%	80%

Exemple :

Montant imposable annuel : 36 091 € (dernière année entière enregistrée dans nos bases)

dont TIB : 27 400 €

Primes : 6 532 €

Heures supplémentaires : 2 159 €

Rémunération mensuelle : 3 007 €

En cas d'arrêt de moins d'un an, votre administration vous verse durant les trois premiers mois 2 545 € par mois (90% TIB+ 90% primes)

Durant les neuf mois suivants, votre administration vous verse 1 414 € par mois (50% TIB+ 50% primes)

*Remarque : les exemples chiffrés présentent les principes de calcul. Ainsi, il n'est pas tenu compte ici des jours de carence et chaque mois compte 30 jours. D'autre part, dans cet exemple les sommes sont arrondies à l'euro le plus proche.*

**La MCF propose un contrat complémentaire permettant d'améliorer la couverture des périodes de CMO (pendant 12 mois), de CLM (les deuxième et troisième années) et de CLD (arrêt de 60 mois maximum dû à une liste de pathologies précises).**

Cette couverture se calcule **en complément** de ce que vous percevez : elle garantit de rétablir un pourcentage de la rémunération totale (TIB+NBI+primes + heures supplémentaires + etc.) en complément des sommes versées par l'employeur et l'assureur du socle.

## Étape 3 de votre couverture : la couverture PR complémentaire de la MCF complète la garantie statutaire et la garantie socle.

A la différence des autres parties prenantes, la MCF prend en compte la totalité de votre rémunération comme base de garantie, sans en détailler les différentes composantes. Il s'agit d'une indemnisation par complément pour atteindre un montant garanti.

			couverture statutaire = votre employeur		couverture socle = assureur choisi par votre employeur		MCF
			TIB + NBI	Primes	TIB + NBI	Primes	complément pour atteindre x % de la rémunération garantie
MALADIE	congé Maladie Ordinaire (CMO)	1 à 3 mois	90%	90%			pour les arrêts > 3 mois complément à hauteur de 100% de la rémunération
		4 à 12 mois	50%	50%			
	congé Longue / Grave Maladie (CLM/ CGM)	1 <sup>ère</sup> année	100%	33%		67%	complément à hauteur de 90% de la rémunération
		2 <sup>e</sup> & 3 <sup>e</sup> années	60%	60%	20%	20%	
		4 <sup>e</sup> & 5 <sup>e</sup> années	50%				
	congé Longue Durée CLD	1 <sup>ère</sup> année	100%				complément à hauteur de 100% de la rémunération
		2 <sup>e</sup> & 3 <sup>e</sup> années	100%				complément à hauteur de 90% de la rémunération
		4 <sup>e</sup> & 5 <sup>e</sup> années	50%				complément à hauteur de 80% de la rémunération
INVALIDITE	retraite pour invalidité		50% à 75%		5% à 30%	80%	
	pension d'invalidité contractuels	catégorie 1	30%	20%	20%	20%	
		catégories 2 & 3	50%	30%	30%	30%	

Exemple :

Montant imposable annuel : 36 091 € (dernière année entière enregistrée dans nos bases)  
 dont TIB : 27 400 €  
 Primes : 6 532 €  
 Heures supplémentaires : 2 159 €  
 Rémunération mensuelle : 3 007 €

A partir du moment où l'administration ne vous verse plus que 50% de TIB+NBI+primes, la MCF vous indemnise rétroactivement à partir du 1<sup>er</sup> jour de CMO.

Durant les trois premiers mois d'arrêt, vous avez perçu 90% de votre TBI et 90% des primes :

$$2 545 \text{ €} \times 3 \text{ mois} = 7 635 \text{ €} \text{ (détail des 2 545 € page précédente)}$$

Si vous aviez travaillé, vous auriez perçu, **avec vos heures supplémentaires** :

$$3 007 \text{ €} \times 3 \text{ mois} = 9 021 \text{ €}$$

La MCF vous verse la différence : 9 021 € - 7 635 € = 1 386 € pour le premier trimestre.

A partir du quatrième mois de CMO, l'administration vous versera 1 414 € par mois. La MCF complétera ce montant à hauteur de 1 593 € chaque mois

Précisions : Si vous êtes nouvel adhérent à la MCF, le délai de carence pour les contrats incapacité et invalidité est de six mois.

Dans tous les cas, seuls sont couverts les arrêts survenus après la prise d'effet du contrat.

### Synthèse du devoir de conseil

Je suis agent de la fonction publique et

Mon ministère **m'impose** un contrat socle **obligatoire** en incapacité- invalidité. Je souhaite souscrire la garantie complémentaire de la MCF en incapacité.

**OU**

Mon ministère **me propose** un contrat socle **facultatif** en incapacité- invalidité que j'ai décidé de souscrire. Je souhaite souscrire la garantie complémentaire de la MCF en incapacité.

J'ai noté que si je suis nouvel adhérent à la MCF, le délai de carence pour les contrats incapacité et invalidité est de six mois.

Dans tous les cas, seuls sont couverts les arrêts survenus après la date de prise d'effet du contrat.

Nom : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Signature



# BULLETIN D'ADHÉSION A LA GARANTIE PERTE DE REMUNERATION COMPLEMENTAIRE

Mutuelle Centrale des Finances

110 rue de Picpus – CS 80 504 – 75131 Paris Cedex 12

Mutuelle n° 302 976 568 régie par le livre II du code de la mutualité

## Identité du souscripteur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ n° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

## Situation administrative / professionnelle

Agent de la fonction publique  État  Territoriale  Hospitalière

Employeur : \_\_\_\_\_

Organisme assureur du socle : \_\_\_\_\_

Votre employeur impose une couverture prévoyance obligatoire :  oui

OU

Votre employeur propose une couverture prévoyance facultative :  oui

## Garantie Perte de Rémunération

complémentaire (incapacité) en complément de la couverture statutaire et de la couverture socle du contrat proposé par mon employeur \*

*Cette garantie inclut le risque incapacité jusqu'à la date effective de passage à la retraite.*

\* Voir la fiche de devoir de conseil

*En signant mon bulletin d'adhésion, je reconnaissais avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MCF, ainsi que des notices d'information sur les garanties auxquelles je souscris et avoir été pleinement informé de mes droits et obligations envers la mutuelle.*

Mon contrat prendra effet le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

## **Autres garanties de prévoyance proposées.**

Elles sont distribuées par la MCF et assurées par CNP Assurances (RCS Paris 341 737 062).

Ce sont des offres **indépendantes** de la réforme de la protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics. Elles s'y ajoutent ; elles ne les remplacent pas.

*Remarque : si vous avez déjà souscrit ces garanties à la MCF, il est inutile de recouper les cases.*

### **Garantie Frais d'obsèques :**

Il est possible d'adhérer dans les 5 ans de la première adhésion à la MCF. Cotisation : 4 euros/mois.

Sur présentation d'une facture, versement de 3000 euros pour participer aux frais d'obsèques de l'adhérent.

Je suis adhérent à la MCF depuis moins de six ans, je souhaite souscrire à la garantie **Frais d'obsèques**

pour moi                            pour mon conjoint

*Les frais d'obsèques « conjoint » ne peuvent être souscrits que si vous retenez la garantie obsèques « adhérent ». Cette garantie est assurée par CNP Assurances, RCS Paris 341 737 062.*

Signature

### **Garanties Capital décès :**

Il est possible de demander l'adhésion si vous avez moins de 45 ans. Cette garantie est soumise à questionnaire de santé et approbation de CNP Assurances.

Choix entre une, deux ou trois fois votre salaire annuel aux bénéficiaires de votre choix.

Déférence avec la garantie statutaire : le produit MCF ne s'interrompt pas au passage à la retraite. Vous pouvez désigner qui vous voulez (*le produit statutaire réserve le capital décès au conjoint et aux enfants et prend fin lors du passage à la retraite*).

## **Garanties soumises à acceptation après questionnaire médical**

### **Garantie assurance décès**

J'ai moins de 45 ans. Je suis intéressé par cette garantie. Veuillez m'adresser le bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé et la notice correspondants.

*L'inscription à cette garantie est subordonnée à l'accord préalable de CNP Assurances, RCS Paris 341 737 062, qui assure le risque.*

Signature

## **Garantie Dépendance**

Cette garantie est soumise à questionnaire de santé et approbation de CNP Assurances.

Versement d'une rente de 350 euros mensuels si CNP Assurances reconnaît votre état de dépendance (voir notice).

## **Garanties soumises à acceptation après questionnaire médical**

### **Garantie dépendance facultative**

- Je suis intéressé par cette garantie. Veuillez m'adresser le bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé et la notice correspondants.
- Je souhaite que mon conjoint retraité souscrive à cette garantie.

*L'inscription à cette garantie est subordonnée à l'accord préalable de CNP Assurances, RCS Paris 341 737 062, qui assure le risque.*

Signature

### **Pièces à fournir selon votre situation**

- ❖ Au 1<sup>er</sup> septembre 2025, je possède au moins un contrat MCF. Les cotisations seront prélevées sur le RIB actuel.

Fournir :

- Dernier bulletin de salaire mensuel ou le bulletin de décembre N-1
- Un justificatif d'adhésion au contrat socle de votre employeur

- ❖ Je suis nouvel adhérent ou ré-adhérent à la MCF

Fournir :

- Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Dernier bulletin de salaire ou le bulletin de décembre N-1.
- Un justificatif d'adhésion au contrat socle de votre employeur
- RIB
- Mandat de prélèvement SEPA daté et signé, autorisant la MCF à prélever les cotisations dues sur le compte bancaire du signataire du mandat. (voir page suivante)

**à renvoyer à :**

[mcf@mutuellemcf.fr](mailto:mcf@mutuellemcf.fr)



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**Référence Unique de Mandat (RUM)** : \_\_\_\_\_

La RUM sera complétée par la Mutuelle lors de la création de votre dossier et vous sera communiquée sur votre lettre d'appel de cotisations - (En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle Centrale des Finances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte du montant de vos cotisations Mutualiste, ou de celles du tiers désigné par vous sur ce document, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Centrale des Finances)

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Cher adhérent, chère adhérente,

Afin d'effectuer le prélèvement de vos cotisations sur votre compte bancaire, je vous prie de bien vouloir me renvoyer le présent document dûment complété et signé.

Sauf indication contraire de votre part, ce même compte sera enregistré pour le virement de vos prestations.

Les cotisations qui n'auraient pas pu être prélevées sur votre compte bancaire vous seraient alors réclamées par chèque à établir à l'ordre de la Mutuelle Centrale des Finances.

Je vous prie de croire, cher adhérent, chère adhérente, en l'assurance de mes meilleures salutations mutualistes.

**NOM PRENOM ET ADRESSE  
(du titulaire du compte)**

**NOM ET ADRESSE DU CREANCIER**

MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES  
110 rue de Picpus  
CS 80504  
75131 Paris cedex 12  
**ICS : FR34ZZZ240346**

### VOS COORDONNEES BANCAIRES (compléter ci-dessous et joindre le relevé d'identité bancaire correspondant)

**Code IBAN** : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

**Code BIC** : \_\_\_\_\_

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

**Type de paiement** :  **Paiement récurrent/répétitif**  **Paiement ponctuel**

**Ce mandat concerne vos propres cotisations Mutualiste :**

Indiquer votre n° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**Ce mandat concerne les cotisations d'une tierce personne :**

Indiquer : son n° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

son nom \_\_\_\_\_ son prénom \_\_\_\_\_

son adresse \_\_\_\_\_

Date

Signature du titulaire du compte

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pourrez obtenir auprès de votre banque.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre notre accueil, au 01 41 74 31 00

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour la seule gestion de vos cotisations mutualistes. Elles pourront donner lieu à exercice de votre droit individuel d'accès et de modifications auprès du créancier, à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01/04/80 de la Commission Informatique et Libertés.

**1) Agrément professionnel** : MCF est une mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, enregistrée sous le numéro 302 976 568 auprès de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).  
L'ACPR est située 4 place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09

**2) Délai de rétractation** : Pendant les 14 jours qui suivent votre adhésion vous gardez la possibilité de revenir sur votre décision et de vous faire rembourser intégralement les versements effectués, en adressant à la MCF un courrier le précisant. Passé ce délai, votre adhésion court jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion avec tacite reconduction, d'année civile en année civile.

**3) Délai de dénonciation de l'adhésion** : Toute demande de radiation ne pourra être effective qu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous en aurez fait la demande, sous réserve que cette demande parvienne à la mutuelle avant le 31 octobre, conformément à nos statuts. A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de votre adhésion, vous pouvez demander à être radié, sans frais ni pénalités, dans les conditions visées au règlement mutualiste et conformément aux articles L. 221-10-2 et L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Conformément à la loi, la demande de radiation peut également être formulée dans les 30 jours suivant la date de réception, par vos soins, de l'appel de cotisation et du certificat de garanties vous informant des nouvelles conditions et règles statutaires pour l'année nouvelle.

**4) Protection de vos données personnelles** : Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, les informations collectées par la mutuelle servent uniquement à la gestion des garanties que vous souscrivez ou avez souscrites. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé.

- Finalité des données : tous les traitements mis en œuvre par la mutuelle, utilisant vos données personnelles, ont pour seules finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats souscrits (gestion des adhésions, prestations et cotisations) ; l'élaboration des statistiques comptables et actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, contre la fraude) ; les opérations relatives à la gestion de la relation adhérents.

Les données sont hébergées en France.

- Destinataires des données personnelles : dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, vos données personnelles sont destinées : au personnel de la mutuelle habilité à gérer vos dossiers et répondre à vos demandes ; aux assureurs des contrats distribués par la mutuelle ; aux sous-traitants de la mutuelle (routeurs de la revue et des décomptes, hébergeur de notre applicatif de gestion).

Les assureurs des garanties distribuées par la MCF et les sous-traitants, également soumis à la réglementation sur la protection des données, exercent tous leur activité en France. Aucune donnée personnelle n'est transmise hors de l'Union Européenne.

- Conservation des données : vos données personnelles sont conservées pendant toute la durée de votre adhésion, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation, selon les contrats souscrits.

- Compte adhérent : votre compte adhérent est accessible via le site Internet de la mutuelle [www.mutuellemcf.fr](http://www.mutuellemcf.fr). L'accès se fait via un code utilisateur et un mot de passe personnels. Le compte adhérent reprend les données suivantes, enregistrées par la mutuelle dans son outil de gestion, pour le suivi de vos garanties : adresse, RIB, ayants droit ; cotisations ; prestations vous concernant.

Le compte adhérent est accessible à tout moment. Vous pouvez demander que les informations contenues dans votre compte adhérent soient modifiées, justificatives à l'appui.

**5) Exercice du droit d'accès aux données** : Conformément au règlement du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données, et à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation des traitements, de portabilité et d'effacement de vos données personnelles. Lorsque votre consentement est nécessaire au traitement, vous pouvez le retirer à tout moment. Vous pouvez exercer ces différents droits en vous adressant au DPD

(Délégué à la Protection des Données) désigné au sein de la MCF :

Par courrier : MCF – A l'attention de la Déléguée à la protection des Données –

110 rue de Picpus – CS 80504 – 75131 PARIS Cedex 12

Par messagerie : [dpo@mutuellemcf.fr](mailto:dpo@mutuellemcf.fr)

Par téléphone : 01 41 74 31 00

**6) Saisir la CNIL** : En cas de désaccord persistant avec la MCF, concernant la protection de vos données personnelles, vous avez le droit de saisir la CNIL :

Par courrier : CNIL – 3 place de Fontenoy – 75007 PARIS

Par téléphone : 01 53 73 22 22

Via leur site Internet : <https://www.cnil.fr/fr/saisir-la-cnil>