



**NOTICE D'INFORMATION
SUR VOTRE GARANTIE PERTE DE RÉMUNÉRATION –
« volet Incapacité »**

La garantie « perte de rémunération » se compose d'une garantie « incapacité » assurée par la Mutuelle Centrale des Finances et d'une garantie « invalidité » proposée dans le cadre d'un contrat annuel d'assurance collective souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances auprès de CNP Assurances qui en assure le risque.

Ces deux garanties sont obligatoirement liées. Toutefois, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, il est procédé automatiquement à la radiation de la garantie « invalidité », aucune rente ne pouvant être versée à compter de cet âge.

**GARANTIE PERTE DE REMUNERATION – volet
« incapacité »**

La garantie est obligatoire pour tous les membres participants en activité de service (fonctionnaires titulaires ou contractuels), sauf pour ceux qui bénéficieraient d'un contrat groupe d'entreprise obligatoire couvrant ce risque.

La garantie est facultative pour les membres participants suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique et pour les bénéficiaires cotisants indépendants en activité.

Objet de la garantie :

Versement d'un complément de rémunération aux adhérents en activité de service subissant une perte de revenus en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident. Il s'agit d'indemnités rémunération maintenue par l'employeur ou des prestations en espèce de la Sécurité sociale.

Entrée dans la garantie ; durée, renouvellement ;
cessation, radiation :

L'adhésion est effective au premier jour du mois qui suit la date de réception, par la Mutuelle, du bulletin d'adhésion.

Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction chaque premier janvier, sauf résiliation par l'adhérent, au moins deux mois avant cette date.

Elle prend fin dans les situations suivantes :

1/ Demande écrite du membre participant ou du bénéficiaire cotisant (lorsque la garantie est obligatoire, cette radiation entraîne la radiation de l'ensemble des garanties souscrites auprès de la mutuelle).

2/ Défaut de paiement des cotisations

3/ Décès du membre participant ou du bénéficiaire cotisant.

4/ Cessation d'exercice d'une activité salariée : les membres participants et les bénéficiaires cotisants sont radiés à la date effective de leur mise à la retraite ou du jour où ils cessent d'exercer une activité salariée.

5/ Licenciement : les membres participants et les bénéficiaires cotisants sont radiés en cas de licenciement.

Prise d'effet de la garantie

La garantie est mise en jeu sous réserve que l'adhérent soit à jour du paiement de ses cotisations.

La garantie ne peut être mise en œuvre qu'après une franchise de 180 jours suivant la date d'adhésion.

Aucune indemnité ne peut être versée pour une maladie dont l'origine est antérieure à la date d'adhésion à la garantie.

Modification en cours de contrat

Les droits et obligations des adhérents peuvent être modifiés statutairement sur décision des délégués des adhérents réunis en Assemblée Générale.

Les modifications prennent effet au premier jour du mois décidé par les délégués lors de l'assemblée générale.

La mutuelle est tenue d'en informer tous les adhérents par écrit, au moins deux mois avant la prise d'effet des modifications. A réception de cette information, et en cas de désaccord avec les modifications apportées au contrat, les adhérents disposent de 30 jours pour dénoncer leur adhésion à la mutuelle.

La base de garantie :

1/ pour le membre participant :

La base de garantie est le produit arrondi aux 100 € les plus voisins de la rémunération nette annuelle totale par un coefficient déterminé par le Conseil d'Administration d'après la variation de l'indice général des traitements de la Fonction publique.

Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

Sur la demande du membre participant, et pour la seule garantie Perte de Rémunération, cette base de garantie peut être limitée au traitement indiciaire brut annuel ou, en cas de position de détachement, à un montant justifié.

La rémunération retenue est en principe celle perçue l'avant-dernière année. Toutefois :

- si cette rémunération a été majorée ou minorée en raison de circonstances exceptionnelles, le membre participant doit demander qu'il y soit substitué une rémunération correspondant à sa situation actuelle en fournissant toutes les justifications nécessaires à la Mutuelle avant le 31 décembre suivant l'année considérée.

- s'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération perçue qui est retenue.

- en cas d'arrêt de maladie prolongé au-delà d'une année civile, la dernière rémunération enregistrée par la Mutuelle est reconduite pour le nouvel exercice.

2/ pour les bénéficiaires cotisants :

La base de garantie est la rémunération nette annuelle imposable, arrondie aux 100 € les plus voisins.

Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

Prestations

En cas d'arrêt de travail au titre d'un congé de maladie ordinaire (CMO), l'indemnité journalière est égale à la différence entre la trois cent soixante cinquième partie de la base de garantie et les rémunérations et prestations en espèces de Sécurité Sociale perçues.

((Revenu salarial net imposable annuel / 365) X nombre de jours à indemniser) – salaire et/ou indemnités de sécurité sociale perçus pendant la période à indemniser.

Pour les autres types de congés maladie (CLM et CLD), l'indemnité journalière est égale à la différence entre la quatre cent cinquantième partie de la base de garantie et les rémunérations et prestations en espèces de Sécurité Sociale perçues.

((Revenu salarial net imposable annuel / 450) X nombre de jours à indemniser) – salaire et/ou indemnités de sécurité sociale perçus pendant la période à indemniser.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

En cas de licenciement, si l'adhérent était en cours d'indemnisation, ce licenciement entraîne automatiquement l'arrêt du versement des indemnités de perte de revenus.

Prestations minimales

Si 45 jours après avoir eu connaissance des dates d'arrêt de travail, la MCF ne dispose pas des pièces nécessaires au calcul de l'indemnité, une indemnité journalière minimale est calculée en fonction des éléments disponibles.

En l'absence de tels éléments, une indemnité journalière minimale d'un millième de la base de garantie est calculée et versée.

(Revenu salarial net imposable annuel / 1000) x nombre de jours à indemniser)

Dans les deux cas, une régularisation intervient dès que les éléments nécessaires au calcul de l'intégralité de la prestation sont disponibles.

Prescription

Toutes les actions dérivant des présents statuts doivent intervenir, sous peine de forclusion, dans les deux ans qui suivent l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la 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 de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Cotisations

Les cotisations sont prélevées sur le compte bancaire des adhérents ou payées directement par chèque ou virement bancaire lorsque le prélèvement n'est pas possible.

En cas de défaut de paiement des cotisations deux mois consécutifs, la mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure à l'adhérent dix (10) jours au plus tôt après la deuxième échéance impayée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la radiation de l'ensemble des garanties souscrites auprès de la mutuelle.

La cotisation mensuelle du service « Perte de Rémunération » est fixée en pourcentage de la base de garantie avec arrondissement éventuel aux dix cents les plus voisins.

Pour 2022, le taux de cotisation mensuel pour la seule garantie « incapacité » est égal à 0,0599%. La cotisation est calculée par application de ce taux à la base de garantie (le taux global mensuel de la garantie « perte de rémunération » -incapacité + invalidité – est égale à 0,0836%).

Contrôle médical

La MCF se réserve le droit de faire effectuer par un médecin de son choix une expertise médicale de l'état de santé de l'adhérent dont les frais seront à la charge de la Mutuelle.

La décision du médecin expert peut être contestée par le médecin traitant de l'adhérent. Dans ce cas, il est fait appel à un troisième médecin pour les départager.

A défaut d'entente sur la décision de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de la Mutuelle, par le Président du tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'adhérent.

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 la Mutuelle dès lors que la décision de son médecin expert n'est pas entièrement admise par le tiers expert. Dans le cas contraire ils sont à la charge de l'adhérent.

Lorsqu'il est reconnu que l'arrêt de travail de l'adhérent n'est pas justifié, d'une part, l'adhérent devra reverser à la Mutuelle l'ensemble des indemnités perçues pour la période considérée et, d'autre part, la Mutuelle se réserve la possibilité de prononcer la radiation de la garantie, sans possibilité de ré-adhésion pour l'adhérent.

Formalités à remplir en cas de sinistre :

Adresser systématiquement à la Mutuelle :

- Une copie des avis d'arrêts de travail délivrés par votre médecin ;

- Une copie des éventuelles décisions du comité médical de votre Administration vous plaçant en CLM, CLD ou temps partiel thérapeutique.

En cas de sinistre : adresser à la Mutuelle une attestation établie par le service du Personnel précisant les périodes d'arrêt de travail (joindre la photocopie de l'arrêt de travail), la nature du congé (ordinaire, longue maladie ou longue durée), le montant des rémunérations perçues pendant ces mêmes périodes (pour les non titulaires, joindre en outre le décompte de versement des indemnités journalières de la sécurité sociale).

Information des adhérents

L'information délivrée par la mutuelle respecte les dispositions de l'article L211-7 du code de la mutualité.

L'information relative aux statuts, aux règlements, aux garanties ainsi qu'au règlement intérieur est intégralement accessible sur le site internet de la mutuelle. Il en est de même pour les modifications de ces documents.

L'information relative aux garanties de prévoyance proposées pour le compte, soit de CNP, soit de MF Prévoyance SA ou de MF Précaution est également accessible sur le site internet de la mutuelle.

Tout futur adhérent reçoit les statuts, les notices et la description des garanties au moment de l'envoi du bulletin d'adhésion à remplir.

De plus, à tout moment et sur simple demande, les adhérents peuvent recevoir une version papier de l'ensemble de ces documents.

Chaque année, les adhérents ont connaissance des modifications statutaires adoptées par l'Assemblée générale, par tous moyens d'information habituellement utilisés dans les relations entre la mutuelle et ses adhérents.

Par ailleurs, les adhérents sont informés :

- des services et établissements d'action sociale auxquels ils peuvent avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du Code de la Mutualité ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et des règlements doivent être formulées par écrit à la mutuelle, par simple lettre ou par courriel.

Deux mois après avoir adressé une réclamation à la MCF, il est possible de porter le litige devant le médiateur de la FNMF en s'adressant à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF

225 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15.

Site du médiateur accessible à partir du lien suivant :
<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Informatique et liberté

Les informations collectées concernant l'Adhérent sont nécessaires au traitement de sa demande et à la gestion de son contrat.

Ces informations sont à destination de la mutuelle.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime. Pour ce faire, l'Adhérent peut adresser une demande écrite à l'adresse de la mutuelle.

Autorité chargée du contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

La présente notice explicite les éléments figurant dans les statuts et règlements de la mutuelle :

Statuts : articles 7 ; 11 ; 12 ; 13 ; 17 ; 68

Règlement général : articles 1.1 ; 1.3 ; 2 ; 3.1 ; 3.2 ; 4 ; 7 ; 11 ; 13 et 15

Règlement Perte de Rémunération : articles 1 à 7