

GARANTIE INDEMUO MAINTIEN DES PRIMES

Notice d'information
à effet du 1^{er} juillet 2018

SOMMAIRE

| | |
|------------------------------------|-----------|
| ➤ DISPOSITIONS GÉNÉRALES | 4 |
| ➤ DISPOSITIONS PARTICULIÈRES | 8 |
| ➤ Garantie | 8 |
| ➤ Cotisations | 11 |
| ➤ ANNEXE - TABLEAU DES COTISATIONS | |

Le présent document constitue la Notice d'information (ci-après dénommée Notice) de la garantie INDEMUO MAINTIEN DES PRIMES assurée par la MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (ci-après dénommée "la Mutuelle").

Cette notice reprend les dispositions générales et particulières de l'annexe IV au règlement mutualiste qui s'appliquent à la garantie "Indemuo maintien des primes" et précise notamment :

- La définition des bénéficiaires de la garantie,
- Les conditions à respecter et les justificatifs à produire pour bénéficier de la garantie,
- Le rappel des mentions obligatoires.

Les relations précontractuelles et l'annexe IV au règlement mutualiste, objet de la présente notice, sont régies par la loi française et notamment le Code de la mutualité, et soumises à la langue et aux juridictions françaises. Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en euros.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet et principes généraux

Article 1.1 - Objet

La présente notice a pour objet de décrire les droits et obligations réciproques des membres participants directs actifs bénéficiaires de la garantie "Indemuo maintien des primes" assurée par la Mutuelle.

Y sont notamment définis le contenu et la durée des engagements contractuels, notamment en matière de cotisations et de prestations.

Tous les membres participants directs actifs qui adhèrent à la garantie, objet de la présente notice, s'engagent donc à se conformer aux présentes dispositions.

Article 1.2 - Principes généraux

1.2.1 - La subrogation

En application de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions des adhérents contre les tiers responsables, afin de poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle 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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément.

À cette fin, l'adhérent doit informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise.

1.2.2 - Prescription

Toutes actions dérivant des opérations liées aux

garanties santé sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions définies à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne commence à courir :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par :

- Une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :
 - Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
 - Demande en justice, même en référé ;
 - Acte d'exécution forcée.
- La désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- 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 ;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

Conformément à l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue par la saisine du médiateur par l'une ou l'autre des parties au litige.

Article 2 – Conditions d’adhésion

Sont admis à adhérer et à bénéficier de la garantie “Indemuo maintien des primes”, les membres participants directs actifs, ci-après dénommés adhérents, qui, à la date de l’adhésion :

- Sont en situation effective d’activité ;
- Ne sont pas suspendus de leurs fonctions ;
- Ne sont pas en arrêt de travail pour raisons médicales (le congé maternité n’est pas considéré comme un arrêt de travail pour raisons médicales) ;
- Ne sont pas en arrêt maladie suite à un accident de service ou à une maladie professionnelle ;
- Ne sont pas en Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné.

Article 3 – Prise d’effet et durée de l’adhésion

L’engagement réciproque de l’adhérent et de la Mutuelle résulte de la signature d’un bulletin d’adhésion.

L’adhésion à la garantie “Indemuo maintien des primes” est individuelle et facultative.

La signature du bulletin d’adhésion dûment complété, daté et signé emporte acceptation de l’ensemble des droits et obligations définis par les dispositions des statuts, du règlement mutualiste et de ses annexes.

L’adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la date de signature du bulletin d’adhésion.

Pour les adhésions conclues à distance, et sauf accord exprès de l’adhérent, le contrat ne peut commencer à être exécuté qu’à l’expiration du délai de renonciation.

La première période d’adhésion se termine au 31 décembre de l’année en cours.

L’adhésion se proroge ensuite tacitement d’année en année, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations de l’année antérieure.

L’adhésion à la garantie cesse à la date de démission, du licenciement ou du départ à la retraite notifiée par l’administration.

L’adhérent peut mettre fin à son adhésion, tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle au plus tard deux mois avant l’échéance annuelle, soit le 31 octobre de l’année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l’année suivante.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d’effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d’ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Article 4 – Droit de renonciation

Toute personne physique qui fait l’objet d’un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d’y renoncer par lettre recommandée avec demande d’avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d’adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L’adhérent peut notifier sa décision de renonciation, avant l’expiration du délai mentionné ci-dessus, au moyen d’une déclaration dénuée d’ambiguïté (lettre recommandée avec avis de réception) ou du bordereau de renonciation attaché au bulletin d’adhésion.

Exemple de lettre de renonciation :

“Je soussigné... (nom, prénom, numéro d’adhérent) demeurant... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la garantie “Indemuo maintien des primes”. (Fait à ..., le<date> et signature de l’adhérent)”.

La lettre de renonciation ou le bordereau de renonciation attaché au bulletin d’adhésion doit être notifié à l’adresse suivante : MGEFI – 6, rue Bourchardon – CS 50 070 – 75481 Paris Cedex 10.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse à l'adhérent, par virement bancaire, le montant de la cotisation versée, au plus tard dans les trente (30) jours à compter de la réception de la notification de la renonciation.

Le virement se fait alors sur le compte bancaire précisé par l'adhérent lors de la renonciation ou, à défaut, sur le compte connu par la Mutuelle au jour du remboursement.

Article 5 – Réticence ou fausse déclaration

Article 5.1 - Fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, 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, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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.

Article 5.2 – Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant direct dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la ré-

alisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 6 – Réclamations – Médiation

Article 6.1 – Réclamations

Pour tout litige ou différend concernant la garantie "Indemuo maintien des primes", objet de la présente notice, l'adhérent peut adresser sa réclamation, par courrier simple, au siège de la MGEFI : MGEFI – 6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10 ou au moyen du formulaire disponible sur l'espace adhérent du site internet www.mgefi.fr.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation ou de silence gardé pendant deux mois à compter de la demande, l'adhérent peut alors saisir le médiateur.

Article 6.2 – Médiation

6.2.1 – La saisine du Médiateur

Si le litige ou le différend subsiste, l'adhérent peut saisir le médiateur, en adressant sa demande par courrier ou par internet à l'attention du Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

- Adresse postale: 255, rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15;
- Formulaire internet: <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

6.2.2 – Le dispositif de médiation

La médiation est un processus de résolution, amiable et confidentiel, des différends entre les parties.

Son objectif est de proposer aux parties en désaccord l'intervention d'un tiers indépendant et impartial: le médiateur.

Celui-ci va aider les parties à trouver une solution négociée et conforme à leurs intérêts respectifs afin de mettre fin au désaccord.

Dans l'exercice de sa fonction, le médiateur, après avoir instruit le dossier, est appelé à rendre un avis motivé, établi en considération d'éléments de droit et/ou d'équité, qu'il adresse aux parties (Adhérent et Mutuelle) mais qui ne s'impose pas à elles.

La procédure de médiation est gratuite, écrite et confidentielle.

Pour que la demande de médiation soit recevable, il convient :

- De justifier avoir tenté de résoudre le différend par une réclamation écrite ;
- De solliciter l'intervention du médiateur moins d'un an après cette réclamation ;
- De ne pas avoir engagé d'action judiciaire pour résoudre ce différend.

La saisine du médiateur doit comporter l'objet précis du litige accompagné de toutes les pièces justificatives (photocopies).

Pour de plus amples informations, consulter le site du médiateur www.mediateur-mutualite.fr.

Article 7 - Informatique et Libertés

Les données à caractère personnel collectées par la Mutuelle, responsable du traitement, auprès de ses adhérents sont exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats, ainsi que pour la gestion commerciale des clients et prospects. Ces données sont destinées au personnel habilité de la Mutuelle et sont conservées pendant toute la durée de l'adhésion et cinq ans après sa cessation.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée dite "Loi Informatique et Libertés", vous

disposez d'un droit d'accès et de rectification et d'effacement de données qui vous concernent, ainsi que du droit de définir des directives quant au sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour l'exercice de vos droits vous devez vous adresser, par un écrit accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité, à :

MGEFI - Conformité
6 rue Bouchardon
CS 50 070
75481 Paris Cedex 10

Article 8 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations.

Article 9 - Organisme de contrôle

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance.

Elle s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs membres participants.

ACPR
61, rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

I. GARANTIE INDEMUO MAINTIEN DES PRIMES

Article 10 - Objet de la garantie

La garantie "Indemuomaintiendesprimes" a pour objet de garantir le régime indemnitaire de l'adhérent qui se trouve momentanément dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constatée survenu en cours d'adhésion en cas de Congé de Maladie Ordinaire (CMO) ou de Congé Longue Maladie (CLM) ou de Congé Longue Durée (CLD) ou de Congé de Grave Maladie (CGM) ou de Disponibilité d'office pour raisons de santé (DPRS), et perçoit à ce titre des prestations de son employeur en application du régime statutaire de la Fonction publique, et/ou du régime général d'Assurance maladie de la Sécurité sociale.

Tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion ne pourra pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de la prestation "Indemuomaintiendesprimes" en cas d'incapacité temporaire de travail.

Article 11 - Montant et règlement des prestations

Article 11.1 - Détermination de la base de garantie

La base de garantie correspond au traitement de référence, définie comme le traitement indiciaire brut (TIB) mensuel ou, pour les agents non-titulaires, du salaire mensuel brut hors primes, connu au 1^{er} janvier de l'année de la prise en charge.

Article 11.2 - Montant de la prestation

Le montant de la prestation versé par la Mutuelle correspond au montant réel de la perte des primes et indemnités nettes.

Le total des prestations versées mensuellement à l'adhérent ne peut excéder 100 % du montant

d'indemnisation prévu par le niveau de couverture pour lequel l'adhérent a opté.

En cas de dépassement de cette limite les prestations versées par la Mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

L'indemnité journalière versée par la Mutuelle est calculée en 30^e de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours.

L'indemnité journalière est calculée en 30^e de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours.

Article 11.3 - Cumul des prestations

Le montant des prestations versées par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, le régime d'Assurance maladie de la Sécurité sociale, ou de tout autre organisme, ne peut excéder 100 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et du régime indemnitaire, net (ou, pour les agents non-titulaires, de la rémunération nette), évaluée à la date de la prise en charge.

En cas de dépassement de cette limite les prestations versées par la Mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 11.4 - Revalorisation des prestations

Les prestations en cours de service de la garantie "Indemuomaintiendesprimes" sont revalorisées, chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution, d'une part, de la valeur du point de la Fonction publique constatée au 31 octobre de l'année précédente et, d'autre part, de l'indice réel majoré ou du salaire brut hors primes de l'adhérent connu au 1^{er} janvier.

Article 12 - Niveaux de couverture

Article 12.1 - Composition des niveaux de couverture

L'adhérent, bénéficie de l'un des quatre niveaux de couverture, ci-après définis :

- “Indemuo maintien des primes niveau 1”
Le niveau d’indemnisation “Indemuo maintien des primes niveau 1” est de 30 % de la base de garantie.
- “Indemuo maintien des primes” niveau 2” :
Le niveau d’indemnisation “Indemuo maintien des primes niveau 2” est de 50 % de la base de garantie.
- “Indemuo maintien des primes niveau 3” :
Le niveau d’indemnisation “Indemuo maintien des primes niveau 3” est de 80 % de la base de garantie.
- “Indemuo maintien des primes niveau 4” :
Le niveau d’indemnisation “Indemuo maintien des primes niveau 4” est de 100 % de la base de garantie.

Article 12.2 - Souscription d’un niveau de couverture

Au moment de son adhésion, l’adhérent doit obligatoirement opter pour l’un des quatre niveaux de couverture prévus à l’article 12.1 de la présente notice.

Chaque niveau de couverture constituant un ensemble autonome, le niveau de couverture choisi est automatiquement reconduit tant que dure l’adhésion de l’adhérent à la garantie, sauf, si en cours d’adhésion, celui-ci fait la demande expresse à la Mutuelle de modifier son niveau de couverture.

Article 12.3 - Changement de niveau de couverture

L’adhérent peut demander en cours de contrat une modification du niveau de couverture dans le respect des niveaux définis à l’article 12.1 de la présente notice.

La demande doit être formulée par écrit et notifiée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de chaque année pour une prise d’effet le 1^{er} janvier de l’année suivante.

Le changement de niveau de couverture n’est pas possible si l’adhérent est en situation d’arrêt de

travail à la date de la demande de modification.

Dans ce cas l’adhérent continue à être indemnisé conformément au niveau de couverture qu’il a initialement souscrit et s’acquitte des cotisations afférentes à ce niveau de couverture.

Article 12.4 - Admission dans le niveau de couverture

L’adhésion à un niveau de couverture ainsi que le changement de niveau de couverture ne sont pas subordonnés à un questionnaire médical.

Article 13 - Mise en œuvre de la garantie “Indemuo maintiendes primes” en cas d’incapacité temporaire de travail

L’adhérent, bénéficié, du fait de son adhésion, et quel que soit le niveau de couverture souscrit conformément aux dispositions de l’article 12 de la présente notice, de la garantie “Indemuo maintien des primes” en cas d’incapacité temporaire de travail selon les modalités définies ci-après.

En tout état de cause, la garantie “Indemuo maintien des primes” ne couvre pas :

- Le risque “Invalidité” au sens de la législation de l’Assurance maladie ou des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles ou de tout autre régime spécial de Sécurité sociale applicable à l’adhérent ;
- Le temps partiel pour raison thérapeutique (“mi-temps thérapeutique”) au sens du régime statutaire de la Fonction publique ou au sens de la législation de l’Assurance maladie.

Article 13.1 - Point de départ et durée de l’indemnisation

13.1.1 - Point de départ du versement des prestations

À compter de la date de prise d’effet de la garantie, le droit à prestation est acquis à l’issue d’une période de carence de 90 jours, période au cours de laquelle

la garantie ne s'applique pas bien que l'adhérent cotise. Les sinistres nés pendant le délai de carence ne sont pas indemnisés.

Par dérogation, le délai de carence n'est pas applicable à l'adhérent, anciennement couvert par une garantie souscrite auprès de la MGEFI ou de tout autre organisme complémentaire d'assurance maladie, ayant le même objet et dans des conditions équivalentes à la présente garantie, et à la condition que la résiliation de l'ancienne garantie et son adhésion à la présente garantie soient simultanées. Le cas échéant, l'adhérent communique le document attestant la garantie souscrite auprès d'un autre organisme.

D'une manière générale la prestation est versée :

- En cas de CMO, à compter du moment où l'indemnisation à plein traitement prévue par le statut de la Fonction publique cesse ;
- En cas de CLM, CLD, et de CGM, à compter du premier jour de reconnaissance de l'état d'incapacité par le comité médical ;
- En cas de DPRS, à compter du 1^{er} jour du versement d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT).

13.1.2 - Durée du versement des prestations

L'indemnisation au titre de la garantie "Indemnuo maintien des primes" en cas d'incapacité temporaire de travail se poursuit, tant que dure l'état d'incapacité de l'adhérent, et au plus tard jusqu'à :

- La date à laquelle l'adhérent reprend une activité, à temps complet, ou à temps partiel pour des raisons autres que médicales ;
- La date à laquelle l'adhérent est reclassé ou licencié ou démissionnaire de la Fonction publique ;
- La date du terme de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction publique, ou par le régime obligatoire de Sécurité sociale ;

- La date de la liquidation de la pension de retraite pour invalidité (pension d'invalidité ou rente viagère d'invalidité) par le régime de base de l'adhérent ;
- La date de la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent ;
- La date du 67^e anniversaire de l'adhérent ;
- La date du décès de l'adhérent.

En tout état de cause, la durée du versement des prestations par la Mutuelle ne peut excéder les limites suivantes :

- En cas de CMO : 9 mois, soit 270 jours continus ou discontinus au maximum sur une période de 12 mois à partir du 1^{er} jour d'arrêt indemnisé ;
- En cas de CLM : 3 ans, soit 1080 jours continus au maximum à compter du 1^{er} jour de reconnaissance de l'état d'incapacité par le comité médical ;
- En cas de CLD : 5 ans, soit 1800 jours continus au maximum à compter du 1^{er} jour de reconnaissance de l'état d'incapacité par le comité médical ;
- En cas de CGM : 3 ans, soit 1080 jours continus au maximum à compter du 1^{er} jour de reconnaissance de l'état d'incapacité par le comité médical ;
- En cas de DPRS : 3 ans, soit 1080 jours continus au maximum à compter du 1^{er} jour du versement d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT).

Article 13.2 - Justificatifs à produire

La prestation est versée sur production des justificatifs demandés par la Mutuelle et notamment :

- De tout document de l'administration précisant la nature du congé maladie et les dates de celui-ci, ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement... ;
- Du dernier bulletin de salaire de l'adhérent ;

- En cas de mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, les bulletins de salaires faisant apparaître les prestations en espèce entrant dans le calcul des prestations à verser ;
- De tout autre justificatif, nécessaire à l'indemnisation, demandé par la Mutuelle.

II - COTISATIONS

Article 14 - Objet de la cotisation

Les adhérents s'engagent au paiement de la cotisation afférente à la garantie, augmentée des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Cette cotisation s'ajoute à celles qui correspondent aux garanties obligatoires et, le cas échéant optionnelles souscrites par l'adhérent auprès de la Mutuelle.

Article 15 - Paiement de la cotisation

Article 15.1 - Modalités de paiement

La modalité de paiement est identique à celle en vigueur au titre de la garantie santé souscrite par l'adhérent.

Article 15.2 - Périodicités

La cotisation est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par l'adhérent.

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, et dans ce cas être payable à terme échu.

Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement à l'adhérent ou à la personne chargée du paiement.

Article 16 - Base et montant de la cotisation

Article 16.1 - Détermination de la base de cotisation

Les cotisations dues par l'adhérent au titre de la garantie "Indemuo maintien des primes" sont déterminées par l'application d'un taux à une base de

cotisation constituée par le traitement indiciaire brut - TIB (ou, pour les agents non-titulaires, du salaire brut hors primes) connu par la Mutuelle à la date à laquelle est établi le certificat annuel de garanties.

Le taux applicable est déterminé à partir du niveau de garantie retenu et de la tranche d'âge à laquelle l'adhérent peut être rattaché.

L'âge de l'adhérent est déterminé de la manière suivante :

- À l'adhésion: l'âge au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ;
- Lors de la prorogation de l'adhésion ou d'un changement de niveau de garantie : l'âge au 1^{er} janvier de l'année qui suit la prorogation tacite de l'adhésion ou le changement de niveau de garantie.

Le barème de cotisation est défini à l'annexe 1 de la présente notice sous réserve des réductions et offres promotionnelles applicables.

Article 16.2 - Formalités obligatoires des adhérents

Les adhérents dont la cotisation ne fait pas l'objet d'un précompte sur traitement, doivent adresser, chaque année, leur bulletin de paie du mois de septembre avant le 31 octobre de l'année en cours afin de permettre le calcul de leur cotisation pour l'année suivante.

Les adhérents doivent notifier à la Mutuelle les modifications qui surviennent dans leur situation administrative (mutation, changement d'échelon ou

de grade, affectation à l'étranger ou en France), en lui transmettant l'ensemble des justificatifs nécessaires afin de permettre la mise à jour des garanties et des cotisations.

À défaut de notification par l'adhérent des modifications qui surviennent dans sa situation administrative, l'assiette de cotisations reste définie conformément aux derniers documents fournis à la Mutuelle par l'adhérent. En cas d'arrêt de travail, les prestations sont calculées selon les derniers documents ayant servi à la révision de l'assiette de cotisations, et non selon le montant du salaire net ou du traitement indiciaire net à la date de l'arrêt de travail.

Article 17 - Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties six jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu ci-dessus le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

mgefi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Siren : 499 982 098
6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - www.mgefi.fr





GARANTIE INDEMUO MAINTIEN DES PRIMES

ANNEXE 1 À LA NOTICE D'INFORMATION TABLEAU DES COTISATIONS

À effet du 1^{er} janvier 2020

Les cotisations des adhérents définis à l'article 2 de la notice d'information sont déterminées par l'application d'un taux à une base, le traitement indiciaire brut (TIB). Elles sont calculées selon les modalités définies ci-après, conformément aux dispositions du II des dispositions particulières de la notice d'information.

Le taux applicable est déterminé à partir du niveau de garantie retenu et de la tranche d'âge à laquelle l'adhérent peut être rattaché.

L'âge de l'adhérent est déterminé de la manière suivante :

- À l'adhésion : l'âge au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ;
- Lors de la prorogation de l'adhésion ou d'un changement de niveau de garantie : l'âge au 1^{er} janvier de l'année qui suit la prorogation tacite de l'adhésion ou le changement de niveau de garantie.

Les cotisations sont précomptées, à défaut, elles font l'objet d'un prélèvement bancaire.

Les taux de cotisations, sous réserve des réductions et offres promotionnelles applicables, sont définis comme suit :

| | | TRANCHE D'ÂGE | | |
|----------------------------|------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|
| | | Inférieur ou égal à 35 ans | Entre 36 ans et 50 ans | 51 ans et plus |
| NIVEAU DE COUVERTURE | INDEMUO NIVEAU 1 | 0,47 % du TIB | 0,52 % du TIB | 1,02 % du TIB |
| | INDEMUO NIVEAU 2 | 0,77 % du TIB | 0,86 % du TIB | 1,70 % du TIB |
| | INDEMUO NIVEAU 3 | 1,24 % du TIB | 1,35 % du TIB | 2,71 % du TIB |
| | INDEMUO NIVEAU 4 | 1,54 % du TIB | 1,72 % du TIB | 3,38 % du TIB |