

Notice d'information

MGEN Prévoyance

Incapacité - Invalidité - Maladies graves et redoutées
Décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie

Garanties réservées aux adhérents actifs au 1^{er} mai 2026

Première mutuelle des agents du service public

mgen[★]

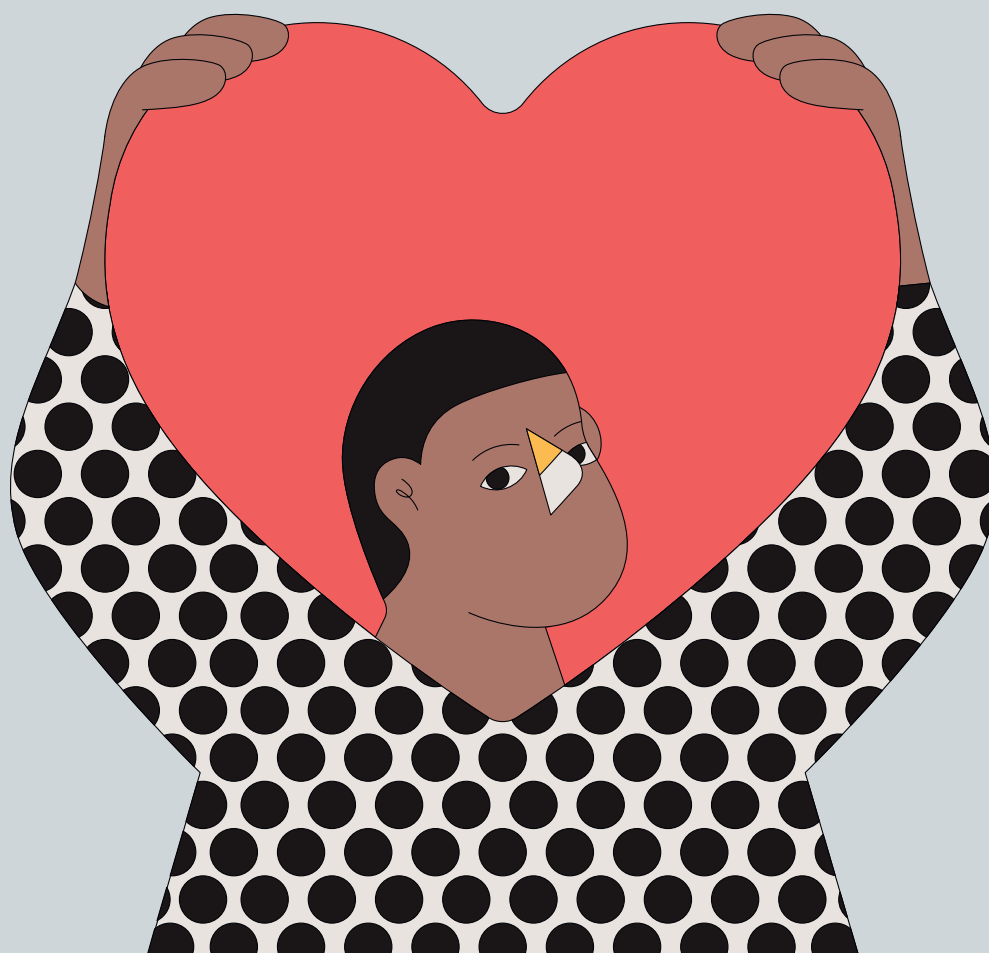
GRUPE **vyv**

Sommaire

La présentation de cette notice d'information a été revue afin d'en faciliter la lecture. **Le numéro de page du sommaire est indiqué en haut de chaque page pour vous permettre d'y accéder facilement.** Les contacts utiles ont également été mis en avant.

Préambule	5
1. Dispositions générales	6
1.1 Populations éligibles à l'adhésion	6
1.2 Modalités d'adhésion	7
1.3 Bénéficiaires des prestations et formules proposées	7
1.4 Changement de formule	7
1.5 Salaire de référence	8
1.6 Modalités de démission	8
1.7 Résiliation et suspension	9
1.8 Réticence ou fausse déclaration	10
1.9 Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle	10
1.10 Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance	11
1.11 Contrôle médical	11
1.12 Fraude	11
1.13 Modification de la situation	11
1.14 Fait générateur	12
1.15 Délais d'attente	12
1.16 Justificatifs à fournir	12
1.17 Prescription	12
1.18 Maxima des prestations	13
1.19 Autorité chargée du contrôle des mutuelles	13
1.20 Protection des données à caractère personnel	13
1.21 Subrogation	16
1.22 Réclamations – Médiation	16

2. Garanties prévoyance actifs	18
2.1 Prestation Incapacité	18
2.2 Prestation Invalidité	20
2.3 Prestation Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	24
2.4 Prestation Maladies graves et redoutées	29
3. Autres prestations incluses	31
3.1 Services d'assistance	31
3.2 Action sociale	31
4. Cotisations et compléments	32
4.1 Principes des cotisations et compléments	32
4.2 Cotisations	32
4.3 Revalorisation des cotisations	32
Annexes	33
Annexe 1 : Tableau des cotisations	33
Annexe 2 : Tableau des garanties	35



Préambule

Le présent document définit le contenu des engagements prenant effet à compter du 1^{er} mai 2026 dans le cadre des formules de prévoyance individuelles Sérénité et Confort de la gamme MGEN Santé Prévoyance, à destination des membres participants actifs de la gamme (tels qu'ils sont définis à l'article 1.1 de la partie 1 du document).

Ces engagements obligent d'une part la Mutuelle, et d'autre part les membres participants actifs ayant adhéré à cette offre. Certains engagements peuvent également s'appliquer pour partie à leurs bénéficiaires quand cela est précisé (dans les modalités définies dans la partie 2 du document, au sein des parties « Maladies graves et redoutées » et « Prestations Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie »).

Les dispositions générales visant le contrat sont exprimées dans la partie 1 du document. La définition des risques faisant l'objet de la couverture contractuelle, et les conditions de versement des prestations prévues figurent dans la partie 2 du document. Le détail des obligations en matière de cotisations est décrit dans la partie 3 du document. La partie 4 du document porte les annexes.

La couverture MGEN Prévoyance, destinée aux actifs, peut être souscrite seule ou couplée avec des garanties santé. Le présent document évoquera uniquement les garanties de prévoyance destinées aux membres participants actifs.

Concernant les garanties de prévoyance destinées aux autres membres participants et bénéficiaires et les garanties entrant dans le champ du régime de complémentaire santé, il conviendra de se référer au règlement mutualiste de la gamme MGEN Santé Prévoyance, prenant effet au 1^{er} mai 2026.

1. Dispositions générales

1.1 Populations éligibles à l'adhésion

→ Champ de recrutement

Peuvent adhérer aux formules Sérénité et Confort de la gamme MGEN Santé Prévoyance, en qualité de membres participants, les personnes bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale, et relevant d'une des catégories suivantes :

- fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant au sein de la fonction publique d'État ou de la fonction publique Territoriale, d'un établissement public ou d'un établissement d'enseignement privé sous contrat d'association avec l'État ;
- fonctionnaires et agents non titulaires relevant du champ de recrutement dès lors qu'ils sont dans l'une des positions statutaires suivantes : activité, détachement, mise à disposition, portabilité, maintien et congé rémunéré ou non rémunéré lui permettant de continuer à bénéficier de son contrat collectif en santé à titre obligatoire, déployé dans le cadre de la Protection Sociale Complémentaire (PSC) de la fonction publique ;
- personnels salariés d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, à condition que leur activité ou celle de l'organisme relève du champ de recrutement individuel ou collectif prévu par les statuts MGEN.

Les adhérents satisfaisant aux conditions définies par le présent article se voient octroyer le statut de membre participant actif.

La qualité de membre participant actif cesse :

- à la date de sortie du champ de recrutement ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
- au plus tard au 31/12 de l'année des 70 ans.

→ Condition d'adhésion du membre participant actif à la prévoyance seule

Le membre participant actif peut déroger au principe de couplage des garanties santé-prévoyance et ainsi adhérer à la couverture prévoyance seule s'il bénéficie par ailleurs lui-même d'une couverture complémentaire santé à titre obligatoire ou, au travers du contrat collectif de son conjoint ou s'il bénéficie du dispositif de Complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière.

Le membre participant actif qui adhère à la couverture prévoyance seule doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 65 ans, et ne doit pas être en arrêt de travail lors de la prise d'effet de l'adhésion.

1.2 Modalités d'adhésion

À compter de la date de réception par MGEN soit du dossier complet et signé par le candidat, soit de la demande d'adhésion dématérialisée complète et signée électroniquement, l'adhésion prend effet selon la volonté exprimée par le membre participant :

- au lendemain de la demande ;
- à la date librement indiquée par le membre participant dans un délai maximum allant jusqu'au 1^{er} jour du 7^e mois, à compter de la demande, sous réserve que le membre participant soit dans le champ de recrutement au moment de la prise d'effet de l'adhésion.

En cas de rejet, le candidat peut faire appel de cette décision devant le conseil d'administration dans la quinzaine qui suit la notification. Celui-ci statue dans les plus brefs délais. Sa décision, qui n'a pas à être motivée, n'est susceptible d'aucun recours.

Pour toute personne répondant aux critères définis à l'article 1.1 de la partie 1 du présent document, sous réserve du respect des modalités d'adhésion mentionnées par les statuts, l'adhésion à la mutuelle s'effectue sans droit d'entrée et sans justificatif médical.

1.3 Bénéficiaires des prestations et formules proposées

→ Bénéficiaires

Les adhérents satisfaisant aux conditions posées par l'article 1.1 de la partie 1 du présent document, peuvent bénéficier des prestations décrites dans la partie 2 du document (prestations Incapacité, prestations Invalidité, Maladies graves et redoutées, prestation Décès - Perte temporaire et irréversible autonomie (PTIA)) en sus des garanties d'assistance et d'action sociale), dans les conditions, modalités et limites prévues par le présent document.

→ Niveaux d'offre

MGEN Prévoyance réservée aux actifs au 1^{er} mai 2026 est structurée en 2 formules :

- Prévoyance Sérénité ;
- Prévoyance Confort.

Chaque formule emporte des niveaux de couverture différents dans le champ des prestations Incapacité, et des prestations Invalidité (tel que définis dans la partie 2 du présent document), ainsi que des dispositions propres en matière de cotisations (tel que définis dans la partie 4 du présent document, et au sein du tableau de garanties en annexe 2 de ce document).

1.4 Changement de formule

En cours d'adhésion, le membre participant actif peut solliciter un changement de formule prévoyance, sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins 12 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit.

La nouvelle formule prend effet :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la demande écrite du membre participant en cas de changement de formule prévoyance.

Aucune demande de changement de formule prévoyance n'est possible dès lors que l'adhérent est en arrêt de travail à la date de la demande.

En cas de changement de formule prévoyance, les prestations Incapacité et les prestations Invalidité en cours de service sont maintenues à leur niveau applicable à la date du fait générateur ouvrant droit à ces prestations.

Dans tous les cas, le changement de formule est également possible à tout moment lorsque la demande a pour origine une modification de la situation familiale (mariage/PACS/concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, divorce/rupture de PACS/rupture de concubinage, veuvage) ou une situation de chômage indemnisé, sous réserve que le membre participant établisse sa demande dans un délai de 6 mois suivant l'évènement.

Dans ce cas, la nouvelle formule prendra effet :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la demande écrite du membre participant en cas de changement de formule santé, prévoyance ou santé et prévoyance.

1.5 Salaire de référence

Le salaire de référence correspond à la rémunération brute mensuelle perçue par l'adhérent au titre de l'activité ou des activités professionnelles, tel que déclarée par l'adhérent, dès lors que ces activités relèvent du champ de recrutement défini à l'article 1.1 de la notice.

Pour les agents bénéficiant d'une rémunération indiciaire, le salaire de référence comprend :

- le traitement indiciaire brut ;
- la nouvelle bonification indiciaire (NBI) brute ;
- le régime indemnitaire (primes et indemnités).

Le salaire de référence doit refléter une rémunération réelle, régulière et conforme aux activités relevant du champ de recrutement.

L'adhérent doit informer sans délai la Mutuelle de toute modification de sa rémunération brute susceptible d'affecter le calcul du salaire de référence, et de fait d'affecter l'assiette utilisée pour le calcul des cotisations et des prestations.

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations correspond à l'assiette de cotisation utilisée pour le calcul des cotisations annuelles MGEN précédant le fait générateur.

1.6 Modalités de démission

→ Démission à effet du 1^{er} janvier

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours à condition d'en faire la demande au moins 2 mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

La demande de démission doit être effectuée selon les modalités décrites au présent article.

→ Démission en cours d'année

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année avec effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

Dans l'hypothèse où le membre participant met fin à son adhésion dans le cadre de la souscription d'un contrat groupe obligatoire, la démission prend effet à partir du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de démission.

La demande de démission doit être effectuée selon les modalités décrites dans le paragraphe ci-dessous.

→ Formalisme de la demande de démission

La demande de démission doit être adressée à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'adhérent :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou au sein d'une section départementale ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

→ Décès du membre participant

L'adhésion du membre participant prend fin à son décès.

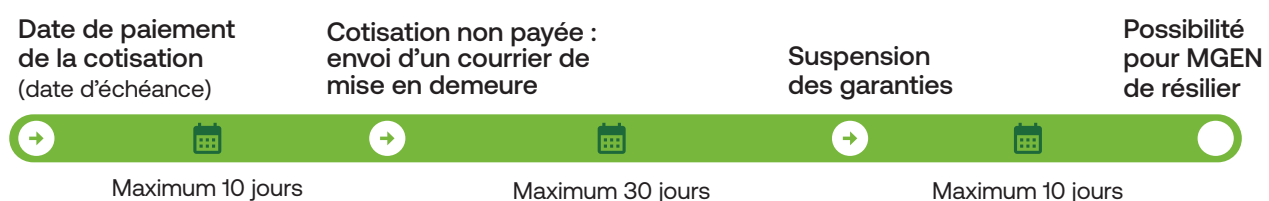
1.7 Résiliation et suspension

→ Suspension de l'adhésion individuelle pour non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à défaut de paiement 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévus à l'alinéa précédent, la mutuelle a la faculté de résilier sa garantie.

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.



→ Résiliation de l'adhésion individuelle pour non-paiement des cotisations

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévus au paragraphe précédent.

Toute demande de réintégration est soumise à accord avec MGEN actant ou prévoyant le remboursement intégral de la créance.

1.8 Réticence ou fausse déclaration



Attention

La garantie accordée au membre participant 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 le membre participant 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.

1.9 Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle



Déchéance

Peuvent être déchus de leurs droits les membres participants ou bénéficiaires ayant volontairement causé aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté par une violation des lois et règlements constituant un crime ou un délit, notamment en cas de fraude ou de tentative de fraude, en vue de bénéficier des avantages prévus aux statuts et règlements mutualistes.

L'adhérent dont la déchéance est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, sa déchéance peut être prononcée par le conseil d'administration.

La déchéance prend effet le 1^{er} jour du mois suivant celui où l'adhérent en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

En aucun cas, un mutualiste déchus de MGEN ne peut devenir membre participant ou bénéficiaire au titre d'une offre du groupe MGEN.

1.10 Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la démission ou de la résiliation.

La démission, la résiliation ou la déchéance entraînent la perte de la qualité de membre participant.

En cas de résiliation à l'initiative du membre participant, le versement des prestations en cours de service ou d'acquisition est interrompu. Cette interruption concerne les prestations Incapacité, les prestations Invalidité, et la prestation Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux règlements mutualistes.

1.11 Contrôle médical

Tout adhérent qui bénéficie ou demande à bénéficier des prestations figurant dans la partie 2 du présent document (prestation Incapacité, prestation Invalidité, Maladies graves et redoutées, et prestation Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie) accepte de se soumettre au contrôle médical d'un médecin de MGEN. En cas de refus, ou si la réalité de la maladie n'est pas reconnue, le paiement des prestations cessera de plein droit. Sur demande de l'intéressé, il pourra être fait appel à l'arbitrage d'un tiers expert, désigné par les médecins des deux parties.

1.12 Fraude



Attention

En cas de fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée, en vue de bénéficier des avantages prévus par la couverture prévue dans le cadre des formules prévoyance individuelle Sérénité et Confort, le conseil d'administration peut, après avoir recueilli l'avis de la section et les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations sans préjudice des mesures prévues à l'article 1.11.

1.13 Modification de la situation

Le membre participant doit informer, dans un délai de 30 jours suivant l'évènement, la section à laquelle il est rattaché de toutes modifications énoncées ci-après :

- la composition de sa famille : naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès ;

- la situation de son foyer : modification des ressources du groupe familial si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations ;
- sa situation administrative : titularisation, mise à disposition, détachement, retraite, stagiarisation, congés de toute nature...

1.14 Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini, pour chaque prestation, au sein des différents articles du présent document. Tout fait générateur intervenu avant la date d'effet des garanties n'ouvre pas droit aux prestations. Toute garantie indemnisée est celle de la formule en cours à la date du fait générateur. Les conséquences du fait générateur sont prises en charge conformément à la notice en vigueur à la date de survenance du fait générateur.

1.15 Délais d'attente

Les délais d'attente applicables à certaines prestations sont précisés au sein de la partie 2 du présent document. Le délai d'attente se définit comme la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise. Il débute à compter de la date d'effet de l'adhésion. Tout fait générateur qui débute pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation. Toute période de cessation de versement de cotisation interrompt le délai d'attente.

1.16 Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires. À défaut, les prestations ne sont pas versées. Ces justificatifs sont définis, pour chaque prestation, au sein de la partie 2 du présent document. En complément de ceux-ci, la mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

1.17 Prescription

Toutes actions dérivant des prestations de la mutuelle sont prescrites par 2 ans. Ce délai court à compter du sinistre ou du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à 10 ans lorsque pour les cas prévus par l'article L.221-11 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les opérations sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un recommandé électronique ;
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit) ;
- le recours au médiateur ;
- la désignation d'un expert après un sinistre.

1.18 Maxima des prestations

Les prestations sont versées sous les conditions et dans la limite des niveaux de garanties décrits dans le présent document.



Attention

Les prestations versées venant s'ajouter aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance ou de retraite, ou à toute autre rémunération résultant d'une activité salariée ou prestation de l'assurance chômage, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par l'adhérent.

1.19 Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

1.20 Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de ses activités, MGEN réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droits éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de réaliser les opérations suivantes :

- certaines basées sur l'exécution du contrat ou la réalisation de mesures précontractuelles : pour la passation, la gestion et l'exécution du règlement mutualiste et des statuts de la Mutuelle, pour réaliser des opérations en lien avec l'acceptation et la surveillance du risque, pour gérer la vie institutionnelle, pour gérer les contentieux et recours en lien avec le contrat du membre participant ;

- certaines basées sur l'intérêt légitime de MGEN ou de l'Union Mutualiste de Groupe « Groupe VYV » : pour informer le membre participant, pour lui proposer des prestations et services analogues à ceux déjà fournis au membre participant ou compris dans son offre (par communication électronique, courrier et téléphone), ou des prestations et services différents (par courrier et téléphone), pour personnaliser et améliorer les services fournis au membre participant (en enrichissant ses données avec celles de partenaires et en évaluant sa situation), pour piloter leurs activités, pour améliorer les processus et développer les offres de services, pour lutter contre la fraude, pour gérer la sécurité des services numériques ;
- certaines basées sur le consentement du membre participant ou de ses ayants-droits : pour proposer des prestations et services, non analogues à ceux déjà fournis, enrichissant le parcours du membre participant (notamment en partageant s'il le souhaite, ses données aux partenaires de MGEN, et en évaluant sa situation) ;
- certaines basées sur le respect des obligations légales, réglementaires et administratives de MGEN : notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ; la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et organismes publics ; les réponses aux demandes des autorités judiciaires ou administratives habilitées ; la consultation du RNIPP ; la gestion des contrats en déshérence.

Conformément au principe de minimisation, les données à caractère personnel collectées et traitées par MGEN se limitent à celles strictement nécessaires à la réalisation des opérations citées. À ce titre le traitement des données relatives à la santé par MGEN est réalisé conformément à l'article 9,2°b) du Règlement Général sur la Protection des Données (nécessaire aux fins d'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à MGEN ou aux membres participants ou ses ayants-droits, en matière de droit à la protection sociale).

Les données sont conservées le temps nécessaire à la réalisation des opérations citées plus avant, conformément au référentiel des durées de conservation mis en oeuvre au sein de MGEN, aux préconisations de la CNIL (référentiel pour le secteur de l'assurance) et aux prescriptions légales.

Les données sont destinées aux personnels habilités de MGEN dans le cadre de leurs missions en lien avec les finalités précitées. Elles peuvent également être transmises à des personnes externes strictement habilitées par MGEN dans la limite des finalités précitées.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données (pour les traitements basés sur le consentement ou l'exécution du règlement mutualiste ou de mesures précontractuelles), et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Le membre participant dispose également d'un droit d'opposition, à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, sauf pour les traitements de données basés sur l'exécution du règlement mutualiste et ses statuts [ou du contrat] ou les mesures précontractuelles, ou ceux basés sur le respect d'une obligation légale. Le membre participant peut exercer ce droit sans conditions, pour les traitements de données réalisés dans le cadre d'actions commerciales basés sur l'intérêt légitime de MGEN.

Le membre participant est libre de retirer son consentement à tout moment pour les opérations et finalités pour lesquelles il avait souhaité le donner.

Les ayants-droits éventuels du membre participant disposent des mêmes droits que le membre participant pour les traitements qui les concernent. A cet effet, le membre participant s'engage à en informer ses éventuels ayants-droits.

Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée par courrier postal à l'adresse :



**MGEN Centre de services de la
Verrière - Protection des données**
CS 10601 La Verrière
6 bis avenue Joseph Rollo
78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Le Data Protection Officer (DPO) peut être contacté à l'adresse suivante :



MGEN – Data Protection Officer
3 square Max Hymans
75748 PARIS Cedex 15.

Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page :



MGEN
<https://www.mgen.fr/mes-donnees>

Un justificatif d'identité comportant la signature du membre participant pourra être demandé le cas échéant.
Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) s'il estime, après avoir contacté MGEN, que ses droits ne sont pas respectés.

Le membre participant peut, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse :



Bloctel
<http://www.bloctel.gouv.fr>

Le membre participant peut consulter le site de MGEN pour plus de détail sur les traitements de données réalisés.



MGEN
<https://www.mgen.fr>

1.21 Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la section départementale dont il relève. 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. Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé. Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

1.22 Réclamations – Médiation

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser à la mutuelle :



sur le site mgen.fr :
via le formulaire de contact disponible sur l'Espace personnel sécurisé.



par téléphone au :
3676
(service gratuit + prix appel).



par courrier à :
l'adresse de la section départementale de l'adhérent.



en points d'accueil.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la mutuelle et dans tous les cas en l'absence de réponse de cette dernière dans un délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation, l'adhérent peut saisir le Médiateur.

Conformément aux articles L.616-1 et R.616-1 du code de la consommation, MGEN a mis en place un dispositif de médiation de la consommation.

L'entité de médiation retenue est MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT.

En cas de litige, vous pourrez déposer votre réclamation :



sur le site :
<https://medconsodev.eu>



par courrier à :
MEDIATION CONSOMMATION
DEVELOPPEMENT
Centre d'Affaires Stéphanois SAS
Immeuble l'Horizon
Esplanade de France
3, rue J. Cconstant MILLERET
42000 SAINT-ÉTIENNE

En résumé, voici les 3 situations qui peuvent se présenter à vous :

SITUATION N°1



SITUATION N°2



SITUATION N°3



2. Garanties prévoyance actifs

2.1 Prestation Incapacité

→ Conditions d'attribution

La prestation Incapacité est attribuée au membre participant actif (au moment du fait générateur) qui perçoit des prestations en espèces de l'administration ou de la Sécurité sociale, à la suite d'une maladie ou un accident.

→ Définition du fait générateur

La date du fait générateur tel que prévu à l'article 1.14 de la partie 1 du présent document, est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Un nouvel arrêt de travail ne peut être considéré comme un nouveau fait générateur que s'il est consécutif à une reprise d'activité de 30 jours minimum. À défaut, le fait générateur précédent reste applicable.

→ Définition du délai d'attente

Le délai d'attente est la période pendant laquelle l'adhérent n'est pas éligible à la prestation Incapacité. Tout fait générateur qui intervient sur cette période ne peut faire l'objet d'une indemnisation.



Attention

Tout adhérent qui bénéficie d'une couverture prévoyance antérieure avec une garantie incapacité de travail, ne se verra pas appliquer de délai d'attente.

Tout nouvel adhérent, non couvert par une garantie prévoyance antérieure, n'aura pas de délai d'attente s'il adhère lors de son entrée dans le champ de recrutement MGEN ou au plus tard dans les 6 mois qui suivent.

En conséquence, toute adhésion, au-delà des règles énoncées ci-dessus, entraîne l'application d'un délai d'attente de 12 mois.

→ Bénéficiaires de la prestation

Le membre participant fonctionnaire ou agent contractuel de la Fonction Publique ayant plus de 4 mois d'ancienneté a droit aux prestations du présent article dans les situations suivantes, et dans la limite des durées réglementairement prévues : congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé de grave maladie et, congé de longue durée ou disponibilité d'office pour raison de santé, ou lorsqu'il bénéficie du maintien d'une fraction de traitement dans l'attente d'un avis du conseil médical ou de prestations en espèces maladie de son régime de Sécurité sociale.

Membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale ou agent contractuel de la Fonction Publique ayant moins de 4 mois d'ancienneté

Le membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale a droit aux prestations du présent article pendant les périodes où il bénéficie des indemnités journalières de la Sécurité sociale relatives à une maladie ou un accident.

→ Montant de la prestation

La prestation se calcule de la façon suivante : le niveau de garantie brut (qui correspond au taux de garantie multiplié par le salaire de référence à date du fait générateur) sous déduction des ressources brutes perçues en arrêt de travail.

Si la prestation Incapacité versée par MGEN cumulée aux ressources perçues par l'adhérent lors de son arrêt de travail sont supérieures au salaire net moyen du mois précédant l'arrêt de travail, la prestation MGEN est réduite afin que l'ensemble des sommes perçues par l'adhérent ne soit pas supérieur à 100 % du salaire net avant impôt et avant arrêt de travail.

→ Niveaux de garanties

Selon l'offre choisie, le taux de garantie est égal à 75 % ou 85 % du salaire de référence.

Le salaire de référence correspond à l'assiette de cotisation déclarée par l'adhérent à l'adhésion, puis connue au 31/12 de l'année précédant le fait générateur (assiette utilisée dans le cadre de l'appel annuel de cotisations).

Formule	Taux de garantie (en % du salaire de référence)
Prévoyance Sérénité	75 %
Prévoyance Confort	85 %

→ Ressources

Les ressources représentent le montant mensuel brut versé en arrêt de travail par l'Administration ou la Sécurité sociale et éventuellement par tout autre organisme complémentaire. Les ressources prises en compte sont celles relevant du champ de recrutement de l'offre MGEN Santé Prévoyance.

→ Date de prise en charge

Le versement de la prestation débute :

- à la fin de la période à plein traitement ;
- ou à compter de la perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Le jour de carence de la Fonction Publique n'est pas indemnisé au titre de la prestation Incapacité.

Lorsqu'il est fait application du délai de carence prévu par la Sécurité sociale, la prestation est versée pendant ce délai, sous déduction des indemnités journalières Sécurité sociale reconstituées.

→ Justificatifs à produire

Le membre participant doit retourner le formulaire de demande de prestation complété, daté et signé, et accompagné des pièces justificatives demandées.

La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

→ Délais de versement des prestations

À compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

→ Suppression de la prestation

Le versement de la prestation Incapacité prend fin :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle, dont le temps partiel thérapeutique ;
- en cas de passage en invalidité ;
- au plus tard en cas de mise à la retraite effective du membre participant ;
- en cas de résiliation par le membre participant de son adhésion au Règlement Mutualiste MGEN Santé Prévoyance ;
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations ;
- le lendemain du décès du membre participant.

→ Indus

Le membre participant doit rembourser toutes prestations indûment perçues notamment en cas de mise en invalidité ou rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif à la suite d'une requalification du congé de maladie.

Conformément aux dispositions légales en vigueur, MGEN dispose d'un délai de 5 ans à compter de la date de connaissance de l'indu pour solliciter le remboursement des sommes indûment perçues par l'adhérent.

2.2 Prestation Invalidité

→ Conditions d'attribution

Les prestations Invalidité sont attribuées au membre participant contraint, pour cause d'invalidité, de cesser l'activité professionnelle relevant du champ de recrutement MGEN.

Le membre participant a droit à la prestation Invalidité lorsqu'il est placé en retraite pour invalidité ou placé en invalidité catégorie 1, 2 ou 3 du régime spécial de la Fonction Publique ou du régime général de la Sécurité sociale. Les membres participants placés en retraite pour invalidité bénéficieront d'une garantie invalidité différente de celle des adhérents placés en catégorie d'invalidité.

Toute invalidité en cours à la date d'effet de l'adhésion ne donnera lieu à aucune indemnisation.

Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'invalidité totale se caractérise par un taux d'invalidité supérieur ou égal à 60 % ou un classement en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Invalidité Permanente Partielle (IPP)

L'invalidité partielle se caractérise par un taux d'invalidité inférieur à 60 % ou un classement en invalidité de 1^{ère} catégorie.

→ Définition du fait générateur

La date du fait générateur tel que prévu à l'article 1.14 de la partie 1 du présent document, est la date d'effet de mise en invalidité reconnue par l'Administration ou la Sécurité sociale.

En cas de changement de catégorie d'invalidité, la date de fait générateur est associée à la survenance du risque initial. En conséquence, la garantie pourra être recalculée.

→ Définition du délai d'attente

Le délai d'attente est la période pendant laquelle l'adhérent n'est pas éligible à la prestation Invalidité.



Attention

Tout adhérent qui bénéficie d'une couverture prévoyance antérieure avec une garantie invalidité ne se verra pas appliquer de délai d'attente.

Tout nouvel adhérent, non couvert par une garantie prévoyance antérieure, n'aura pas de délai d'attente s'il adhère lors de son entrée dans le champ de recrutement MGEN ou au plus tard dans les 6 mois qui suivent.

Toute adhésion au règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance lors de l'affiliation au contrat collectif santé obligatoire ou au plus tard dans les 6 mois qui suivent n'entraîne pas l'application du délai d'attente. En cas de nouvel embauche, l'adhérent devra s'affilier dans les 6 mois suivant la date d'effet de son contrat de travail afin que le délai d'attente ne soit pas applicable. En conséquence, toute adhésion, au-delà des règles énoncées ci-dessus, entraîne l'application d'un délai d'attente de 12 mois.

→ Montant de la prestation

La prestation est calculée de la façon suivante : le niveau de garantie brut (qui correspond au taux de garantie multiplié par le salaire de référence à date du fait générateur) sous déduction des ressources brutes perçues pendant l'invalidité.

→ Calcul de la prestation

Adhérents placés en catégorie d'invalidité

a) Pour les adhérents en Invalidité Permanente Partielle (taux d'invalidité inférieur à 60 % ou catégorie 1 d'invalidité),

Une rente temporaire est recalculée annuellement sous déduction des ressources brutes perçues. La rente est versée jusqu'à l'âge légal de la retraite (à ce jour le terme de la prestation est fixé à 62 ans).

b) Pour les adhérents en Invalidité Permanente Totale (taux d'invalidité supérieur ou égal à 60 % ou catégories 2, 3 d'invalidité),

Une rente temporaire est calculée sous déduction des ressources brutes perçues. La rente est versée jusqu'à l'âge légal de la retraite (62 ans). Ce montant est figé et reconduit chaque année jusqu'à l'âge légal de la retraite (62 ans).

Pour les adhérents placés en retraite pour invalidité

a) Pour les adhérents en Invalidité Permanente Partielle (IPP) (taux d'invalidité inférieur à 60 % ou catégorie 1 d'invalidité),

Une rente temporaire est recalculée annuellement sous déduction des ressources brutes perçues. La rente est versée jusqu'à l'âge de 69 ans.

Un capital est versé l'année des 70 ans sur la base de la rente réévaluée l'année des 69 ans.

b) Pour les adhérents en Invalidité Permanente Totale (IPT) (taux d'invalidité supérieur ou égal à 60 % ou catégories 2, 3 d'invalidité),

Une rente temporaire est calculée sous déduction des ressources brutes perçues. La rente est versée jusqu'à l'âge de 69 ans.

Un capital est versé l'année des 70 ans sur la base de la rente réévaluée l'année des 69 ans.

→ Niveaux de garanties

Selon l'offre choisie et le type d'invalidité, le taux de garantie (en pourcentage du salaire de référence) va varier.

Le salaire de référence correspond à l'assiette de cotisation déclarée par l'adhérent à l'adhésion, puis connu au 31/12 de l'année précédant le fait générateur (assiette utilisée dans le cadre de l'appel annuel de cotisations).

Situation	Taux de garantie pour la formule Prévoyance Sérénité (en % du salaire de référence)	Taux de garantie pour la formule Prévoyance Confort (en % du salaire de référence)
Invalidité permanente totale	75 %	80 %
Invalidité permanente partielle	2/3 de 75 %	2/3 de 80 %
Retraite pour invalidité permanente totale	70 %	70 %
Retraite pour invalidité permanente partielle	2/3 de 70 %	2/3 de 70 %

→ Ressources

Les ressources prises en compte correspondent aux pensions brutes d'invalidité ou de vieillesse perçues par le membre participant au titre du ou des régimes obligatoires (pension de base et/ou complémentaire) et toute autre ressource perçue par le membre participant.

Les ressources suivantes sont exclues du calcul de la prestation :

- pension de réversion ;
- majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- majoration pour enfant à charge ;

- épargne personnelle volontaire – plan(s) épargne retraite ;
- pensions alimentaires ;
- revenus fonciers ;
- allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ;
- frais de mesure de protection versés aux mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM).

→ Montants planchers et plafonds de la rente

Le montant plancher de la rente est égal à 360 € annuels.

Pour les adhérents dont le montant de la rente temporaire est inférieur à 1 200 € annuels, MGEN procédera à un versement unique de ladite rente sous forme d'un capital dit d'entrée selon les modalités suivantes :

- adhérents mis en invalidité avant 45 ans : montant du capital équivalent à 25 fois la rente annuelle ;
- adhérents mis en invalidité entre 45 et 55 ans : montant du capital équivalent à 18 fois la rente annuelle ;
- adhérents mis en invalidité après 55 ans : montant du capital équivalent à 13 fois la rente annuelle.

Le bénéfice de ce capital « d'entrée » est exclusif et n'est donc pas cumulable avec la perception du capital « de sortie » pouvant être versé aux 70 ans de l'adhérent (voir le point suivant).

Le montant plafond de la rente est égal à 20 000 € annuels.

→ Calcul du capital dit de sortie versé à 70 ans pour les adhérents placés en retraite pour invalidité

Le capital est calculé en multiple de la rente réévaluée sous déduction des ressources brutes de l'année des 70 ans, selon les modalités suivantes :

- adhérents mis en invalidité avant 33 ans : montant du capital équivalent à 12 fois la rente annuelle réévaluée ;
- adhérents mis en invalidité entre 33 et 39 ans : montant du capital équivalent à 10 fois la rente annuelle réévaluée ;
- adhérents mis en invalidité entre 40 et 45 ans : montant du capital équivalent à 8 fois la rente annuelle réévaluée ;
- adhérents mis en invalidité après 45 ans : montant du capital équivalent à 6 fois la rente annuelle réévaluée.

→ Revalorisation de la prestation

À compter du versement de la prestation Invalidité, cette dernière peut être revalorisée le 1^{er} janvier de chaque année sur la base d'un taux d'indexation validé lors du conseil d'administration précédant le renouvellement annuel.

→ Justificatifs à produire

Le membre participant doit retourner le formulaire de demande de prestation complété, daté et signé, et accompagné des pièces justificatives demandées.

Dans le cadre d'une rente temporaire assortie d'une invalidité partielle, le formulaire de renouvellement doit parvenir à la mutuelle chaque année avant le 31 janvier sous peine de ne pas être recevable.

La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

→ Délais de versement de la prestation

À compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

→ Modalités et durée de versement de la prestation

Le versement de la rente temporaire débute à la date d'effet de mise en invalidité reconnue par l'Administration ou la Sécurité sociale. Son règlement est effectué mensuellement et à terme échu tant que les conditions de versement sont remplies.

Le versement de la prestation sous forme de rente est suspendu dès que les ressources prises en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieures à la garantie MGEN.

Le versement de la prestation prend fin le 1^{er} jour du mois suivant l'un des évènements suivants :

- le décès du membre participant ;
- en cas de résiliation par le membre participant de son adhésion MGEN Santé Prévoyance ;
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations ;
- le paiement sous forme de capital en substitution de la rente ou à l'issue du versement de la rente temporaire ;
- sa démission de la mutuelle.

→ Indus

Le membre participant doit rembourser toutes prestations indûment perçues notamment en cas de mise en invalidité.

Conformément aux dispositions légales en vigueur, MGEN dispose d'un délai de 5 ans à compter de la date de connaissance de l'indu pour solliciter le remboursement des sommes indûment perçues par l'adhérent.

2.3 Prestation Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

→ Objet

Cette prestation, à caractère de garantie annuelle, a pour objet de garantir au membre participant le paiement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie. La perte totale et irréversible d'autonomie ouvre droit au versement du capital si le membre participant, avant son 70^e anniversaire est à la fois :

- dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;
- obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

La PTIA doit être reconnue par le médecin consultant de la mutuelle comme répondant aux deux critères ci-dessus.

Le versement des prestations au titre de la PTIA libère MGEN de toute obligation lors du décès ultérieur de ce dernier. Il met donc fin à la garantie « décès ».

→ Date d'effet et cessation des garanties

La garantie prend effet le jour de la date d'effet de l'adhésion à MGEN en qualité de membre participant.

La garantie cesse de produire ses effets :

- pour la garantie PTIA seulement, au 70^e anniversaire de l'assuré ;
- pour la garantie décès, dès le paiement du capital au titre de la garantie PTIA ;
- à la date à laquelle le membre participant perd cette qualité.

→ Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Tout fait générateur intervenu avant la date d'effet des garanties n'ouvre pas droit aux prestations.

Toute garantie indemnisée est celle de la formule en cours à la date du fait générateur. Les conséquences du fait générateur sont prises en charge conformément à la notice en vigueur à la date de survenance du fait générateur.

Tout fait générateur intervenu pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation.

La date de survenance du fait générateur tel que prévu à l'article 1.14 de la partie 1 du présent document est :

- la date du décès pour la garantie décès ;
- la date de reconnaissance par le médecin consultant de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie (ou d'invalidité permanente et absolue) avec assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes quotidiens de la vie (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

→ Délai d'attente



Attention

La garantie prend effet à la date d'adhésion du membre participant actif. Un délai d'attente de 6 mois s'applique, durant lequel aucune prestation ne peut être versée.

Aucun délai d'attente n'est appliqué :

- en cas d'accident ;
- en cas de changement de formule de prévoyance, dès lors que l'adhérent était précédemment couvert au titre de cette garantie ;
- si l'agent adhère à la prévoyance au plus tard dans les 6 mois suivant l'entrée dans le champ de recrutement MGEN ;
- si l'agent détenait précédemment un contrat à la MGEN ou chez un autre organisme sur des risques identiques.

→ Montants des prestations

Pour les formules Prévoyance Sérénité et Confort :

Le capital garanti est égal à 100 % de l'assiette de cotisation déclarée à l'adhésion, puis connu au 31/12 de l'année précédant le fait générateur (assiette utilisée dans le cadre de l'appel annuel de cotisations). Ce capital est proratisé en cas d'activité à temps partiel.

→ Bénéficiaire(s) en cas de décès

Lorsque l'adhérent a désigné un ou plusieurs bénéficiaires, les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

À défaut de désignation expresse ou en cas de renonciation ou de décès antérieur à celui de l'adhérent de tous les bénéficiaires désignés, les prestations sont versées par ordre de priorité :

- au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- à défaut, au pacsé de l'assuré ;
- à défaut, au concubin notoire de l'assuré ;
- à défaut, et par parts égales, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1^{er} degré de l'assuré, et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant ;
- à défaut, et par parts égales, aux héritiers de l'assuré.

Lorsque le bénéficiaire de la prestation est mineur, celle-ci est versée sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

Le (la) concubin(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu en concubinage, (correspondant à une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple), avec le membre participant décédé jusqu'au moment du décès de celui-ci. Le (la) concubin(e) doit fournir pour cela au moins deux documents de nature différente.

→ Modalités et conséquences de la désignation du bénéficiaire

La désignation ou la modification du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée en complétant le formulaire de désignation de bénéficiaires préétabli par MGEN, ou par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier de l'adhérent daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par l'adhérent à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'à lui seul.

Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par l'adhérent doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire.

→ Risques exclus



Exclusions de garantie

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la mutuelle les conséquences :

- du suicide ou d'un fait intentionnel de l'adhérent dans la première année d'assurance ;
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'adhérent dès lors qu'il a été condamné pénalement. Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres bénéficiaires ;
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

→ Modalités de gestion et de justification des sinistres

Demande de prestations

La demande de prestations doit indiquer précisément l'identité de l'adhérent ; elle est appuyée par les justificatifs définis ci-après.

En ce qui concerne le risque de perte totale et irréversible d'autonomie, les demandes de prestations ne sont recevables que dans les 6 mois suivant la survenance du sinistre au titre duquel elles sont présentées.

Cette disposition ne sera pas appliquée si MGEN ne subit pas de préjudice du fait du retard de déclaration. Il en va de même si l'adhérent peut justifier que le retard est dû à un cas fortuit ou à un cas de force majeure.

Justificatifs à fournir en cas de décès

Doivent être produits à l'appui de la demande :

- un extrait de l'acte de décès ou un extrait de l'acte de naissance portant la mention du décès ;
- un certificat médical indiquant si la cause du décès est ou n'est pas naturelle ;
- un justificatif d'identité du bénéficiaire ;
- un RIB du bénéficiaire ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Justificatifs à fournir en cas de perte totale irréversible et autonomie

Doivent être produits à l'appui de la demande :

- un certificat médical attestant que la PTIA met l'adhérent dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'elle l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- une copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3^e catégorie ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

→ Versement des prestations

Modalités de versement des prestations des capitaux décès

La Mutuelle dispose d'un délai de 15 jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire, afin de demander au bénéficiaire du capital de leur fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

À compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires. Au-delà de ce délai prévu, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant 2 mois puis, à l'expiration de ce délai de 2 mois, au triple du taux légal.

La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en application de l'alinéa précédent s'impute sur le calcul de ce délai de 2 mois.

Si, au-delà du délai de 15 jours mentionnés au premier alinéa, la Mutuelle a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

Revalorisation des capitaux décès et plafonnement des frais prélevés après la connaissance du décès

Les frais prélevés par la Mutuelle après la date de connaissance du décès du membre participant et avant le versement du capital ne peuvent être supérieurs aux frais qui auraient été prélevés si le décès n'était pas survenu. Par ailleurs, la Mutuelle ne peut prélever de frais au titre de l'accomplissement de ses obligations de recherche et d'information.

D'autre part, à compter de la date du décès, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, et ce jusqu'à la réception des pièces mentionnées au présent contrat ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations.

À compter de la date de connaissance du décès du membre participant, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Entre la date du décès et la date de connaissance du décès,

→ Délais de versement des prestations

À compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

→ Obligations déclaratives de la Mutuelle

Conformément à l'article 370 C de l'annexe II du Code général des impôts, pour les prestations visées au présent article, la mutuelle transmettra, lors du décès de l'adhérent à la Direction générale des Finances publiques les éléments relatifs à l'identité des bénéficiaires ainsi que le montant des sommes versées.

2.4 Prestation Maladies graves et redoutées

→ Objet

La garantie a pour objet de verser une prestation, dans les conditions définies ci-après, au membre participant, à son conjoint, partenaire de PACS ou concubin ou à ses enfant(s) à charge, en raison des conséquences liées à certaines pathologies graves et invalidantes ou aux situations de handicap.

→ Liste des maladies graves et redoutées

Sont couvertes au titre de la prestation maladies graves redoutées :

- Infarctus du myocarde ;
- Accident Vasculaire Cérébral Invalidant (AVC) ;
- Pathologies cancéreuses avec protocole de soins en cours ;
- Sclérose en plaques invalidante ;
- Maladie avec insuffisance respiratoire chronique et sévère et sous oxygène ;
- Maladie d'Alzheimer ;
- Maladie de Parkinson ;
- Maladie de Charcot ;
- VIH au stade SIDA, maladie déclarée ;
- Maladies à corps de Lewy ;
- Maladie de Huntington ;
- Démence fronto-temporale ;
- Handicap avec un taux d'incapacité au moins égal à 50%.

→ Fait générateur

La maladie ou le handicap défini(e) ci-dessus doit survenir postérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Le fait générateur est la date de survenance de la pathologie indiquée sur le certificat médical par le médecin du mutualiste ou la date d'attribution du taux d'incapacité délivrée par une maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

→ Conditions d'éligibilité au bénéfice de la garantie

Le membre participant doit être adhérent au règlement, être âgé de moins de 70 ans et couvert par les formules Sérénité ou Confort au moment du fait générateur.

Le conjoint doit être âgé de moins de 70 ans à la date de survenance de la pathologie pour bénéficier de la prestation Maladies graves et redoutées.

→ Définition de l'enfant à charge

Pour la prestation « Maladie graves et redoutées », on entend par « enfant à charge » tout enfant satisfaisant au jour du sinistre aux conditions cumulatives énoncées ci-après :

- être âgé de moins de 20 ans ;
- ou de 20 ans et plus et bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ou être titulaire d'une carte d'invalidité / carte mobilité inclusion ;
- être à la charge du membre participant ou du bénéficiaire conjoint de manière effective et permanente.

→ Modalité de versement des prestations

La prestation est versée sous forme d'un capital en une fois à compter de la date de survenance mentionnée par le médecin de l'adhérent sur le certificat médical.

Le montant du capital est égal à 2000 €.

Chaque nouvelle pathologie garantie ouvre droit à un nouveau capital.

→ Délai de versement des prestations

À compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 40 jours ouvrés hors délais bancaires.

→ Exclusions



Exclusions de garantie

La garantie est accordée à l'exclusion des conséquences résultant de la participation à des paris, défis, duels, rixes dans lesquels le mutualiste a pris une part active, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger.

→ Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs suivants :

- le formulaire de demande de prestations signé du mutualiste ;
- un certificat médical fourni par la mutuelle et renseigné par un médecin, pour une situation de handicap : les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) évaluent le taux d'incapacité et délivrent une attestation avec ce taux d'incapacité ;
- si la prestation est attribuée au conjoint de l'adhérent :
 - en cas de mariage : l'avis ou les deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition ou la copie du livret de famille ;
 - en cas de PACS : l'extrait d'acte de naissance du mutualiste ou le récépissé d'enregistrement du PACS remis par le notaire ou l'officier d'état civil ;
 - en cas de concubinage : l'attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun ;
- si la prestation est attribuée à l'enfant de l'adhérent :
 - acte de naissance ou livret de famille ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

3. Autres prestations incluses

3.1 Services d'assistance

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants actifs, un contrat collectif auprès de RMA pour leur offrir des garanties d'assistance à domicile en cas :

- d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ou d'une immobilisation au domicile ;
- de séjour prolongé à la maternité ;
- de situation d'aidant ;
- de traitement anti-cancéreux ;
- accompagnement spécifique en cas de décès (enregistrement et respect des volontés, organisation des obsèques...);
- prestations d'assistance en cas de décès en France (avance de fonds, prestations d'assistance) ;
- prestations d'assistance en cas de décès à plus de 50 kilomètres du domicile en France (transfert du corps ou de l'urne cinéraire, assistance des proches en cas de décès...).

Une notice d'information sur ce contrat est remise au membre participant. Elle définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

3.2 Action sociale

L'ensemble des membres participants et membres bénéficiaires du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance peuvent bénéficier des dispositions du présent titre.

Les dispositifs d'action sociale détaillés au présent titre sont pris sur une dotation que détermine annuellement le conseil d'administration.

Ils font l'objet d'une comptabilité particulière au sein de la comptabilité générale.

La qualité de membre participant ou de membre bénéficiaire n'emporte pas le bénéfice automatique de ces dispositifs. Ils sont attribués au cas par cas par le comité d'action sociale départemental après étude de la situation du bénéficiaire.

4. Cotisations et compléments

4.1 Principes des cotisations et compléments

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle globale et des compléments dus au titre de ses bénéficiaires, qui sont affectés à la couverture des prestations, allocations et services de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées en application des dispositions de l'article L.111-3 du Code de la mutualité.

Les montants ou taux de cotisations et compléments figurent sur la page suivante.

Pour l'application du présent titre, l'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du membre participant.

4.2 Cotisations

La cotisation versée par le membre participant couvre une année civile.

La cotisation est exprimée en pourcentage des revenus, déterminée en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant dans l'année civile de l'adhésion et précisées dans les tableaux de cotisations présents en annexe 1.

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA. L'assiette de cotisation correspond au dernier salaire de référence déclaré. Elle constitue la base de calcul des cotisations et des prestations.

4.3 Revalorisation des cotisations

Chaque année, les taux et montants de cotisations mentionnés à l'annexe 1 du présent règlement pourront faire l'objet d'une revalorisation selon un taux d'indexation, fixé par l'Assemblée générale, qui prendra en compte l'évolution des dépenses de santé du régime général d'assurance maladie d'une part, et celle des régimes complémentaires gérés par MGEN d'autre part.

Annexes

Annexe 1 : Tableau des cotisations

La cotisation est exprimée en pourcentage des revenus, déterminée en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant dans l'année civile de l'adhésion. À cette cotisation s'ajoute un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (8,16 € par an, soit 0,68 € par mois).

Structure tarifaire des formules Prévoyance Sérénité et Prévoyance Confort au 1^{er} mai 2026

Âge du membre participant actif	Pourcentage (%) du salaire de référence pour la formule Prévoyance Sérénité	Pourcentage (%) du salaire de référence pour la formule Prévoyance Confort
18 à 25 ans	0,20 %	0,43 %
26 ans	0,23 %	0,49 %
27 ans	0,29 %	0,63 %
28 ans	0,33 %	0,73 %
29 ans	0,37 %	0,82 %
30 ans	0,40 %	0,90 %
31 ans	0,43 %	0,95 %
32 ans	0,47 %	0,99 %
33 ans	0,51 %	1,04 %
34 ans	0,54 %	1,09 %
35 ans	0,57 %	1,14 %
36 ans	0,59 %	1,18 %
37 ans	0,61 %	1,21 %

Âge du membre participant actif	Pourcentage (%) du salaire de référence pour la formule Prévoyance Sérénité	Pourcentage (%) du salaire de référence pour la formule Prévoyance Confort
38 ans	0,62 %	1,24 %
39 ans	0,63 %	1,26 %
40 ans	0,64 %	1,27 %
41 ans	0,65 %	1,29 %
42 ans	0,67 %	1,31 %
43 ans	0,68 %	1,33 %
44 ans	0,70 %	1,37 %
45 ans	0,73 %	1,42 %
46 ans	0,76 %	1,47 %
47 ans	0,80 %	1,53 %
48 ans	0,83 %	1,60 %
49 ans	0,88 %	1,68 %
50 ans	0,93 %	1,76 %
51 ans	0,98 %	1,86 %
52 ans	1,05 %	1,98 %
53 ans	1,12 %	2,12 %
54 ans	1,20 %	2,27 %
55 ans	1,30 %	2,44 %
56 ans	1,40 %	2,64 %
57 ans	1,52 %	2,85 %
58 ans	1,65 %	3,10 %
59 ans	1,80 %	3,37 %
60 ans	1,95 %	3,64 %
61 ans	2,25 %	4,24 %
62 ans	2,37 %	4,47 %
63 ans	2,41 %	4,51 %
64 ans	2,48 %	4,61 %
65 ans	2,56 %	4,71 %

Annexe 2 : Tableau des garanties

Les garanties indiquées sont exprimées en pourcentage du salaire de référence pour les risques Incapacité et Invalidité, et en pourcentage de la rémunération brute annuelle de référence pour le risque décès.

Prestation Incapacité

Situation	Indemnisation	Formule Prévoyance Sérénité	Formule Prévoyance Confort
Arrêt de travail	Versement d'allocations journalières	75 %	85 %

Prestation Invalidité

Situation	Indemnisation	Formule Prévoyance Sérénité	Formule Prévoyance Confort
Invalidité permanente totale (cat. 1, 2 ou 3)	Rente versée jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite (62 ans)	75 %	80 %
Invalidité permanente partielle (cat. 1, 2 ou 3)	Rente versée jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite (62 ans)	2/3 de 75 %	2/3 de 80 %
Retraite pour invalidité permanente totale	Rente versée jusqu'à 70 ans, puis capital	70 %	70 %
Retraite pour invalidité permanente partielle	Rente versée jusqu'à 70 ans, puis capital	2/3 de 70%	2/3 de 70%

Prestation Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Situation	Indemnisation	Formule Prévoyance Sérénité	Formule Prévoyance Confort
Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie	Versement d'un capital	100 %	100 %

Prestation Maladies graves et redoutées

Situation	Indemnisation	Formule Prévoyance Sérénité	Formule Prévoyance Confort
Diagnostic d'une maladie couverte	Versement d'un capital	2 000 €	2 000 €

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3, square Max Hymans - 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur mgen.fr



MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Sise 3, square Max Hymans - 75748 PARIS CEDEX 15.

Ressources Mutuelles Assistance – Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOOU CEDEX. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682. Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28.

