

Code partenaire : 75M002

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

ATC – G001

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2016



DISPOSITIONS COMMUNES

1. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat ATC – G001 est souscrit par la Mutuelle souscriptrice dont les mentions légales sont portées en annexe auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») – 62 rue Jeanne d'arc – 75640 Paris Cedex 13– RCS 507 648 053 Paris.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction d'un pourcentage du Traitement Indiciaire Brut (TIB) plus les primes, allocations et indemnités selon indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 4.1 « ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS ».
4. L'adhésion au contrat dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 3.3 « PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT ».
5. Le présent contrat a pour objet, tel que mentionné aux articles 2.1 « OBJET », 10.1 « OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE DECES » et 11.1 « OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE IPA » et 12.1 « OBJET DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL » et 13.1 « OBJET DE LA GARANTIE INVALIDITE », de garantir aux Assurés lors de la survenance des risques Décès, Invalidité et Incapacité de travail, le versement de prestations définies ci-après.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 5. « RISQUES EXCLUS ».
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat ATC – G001 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat ATC – G001 s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 3.1 « CONDITIONS D'ADHESION » et 3.2 « DEMANDE D'ADHESION » ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 4.3 « PAIEMENT DES COTISATIONS ».
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de la Mutuelle souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 3.4 « DELAI DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE PAR DEMARCHAGE OU A DISTANCE ».
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 8 « RENSEIGNEMENTS – RECLAMATIONS – MEDIATION ».

2. Objet du contrat et définitions

2.1 Objet

ATC – G001 est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par la Mutuelle souscriptrice (dont les mentions légales sont portées en annexes de la présente notice d'information et ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice ») auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») au profit de ses Adhérents.

Il relève des branches (1) Accident, (2) Maladie et (20) Décès définies à l'article R 321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français. La langue utilisée au titre du contrat est la langue française.

L'objet du contrat est de garantir aux Assurés lors de la survenance des risques Décès, Invalidité et Incapacité de travail, le versement de prestations définis aux Caractéristiques Spécifiques des garanties.

2.2 Définitions

L'Accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'Adhérent et entraînant une atteinte corporelle.

- Sont réputés répondre à cette définition les accidents de service reconnus comme tels

par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité Sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.

- Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'un accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

L'Adhérent est un Ingénieur, élève, stagiaire ou titulaire du contrôle de la Navigation Aérienne (ICNA) ou un contrôleur d'essais et de réception, stagiaire ou non, titulaire du brevet de contrôleur d'aéronautique d'essai et de réception, Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, qui est inscrit au contrat

L'Assuré est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. L'Assuré est l'Adhérent au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

L'Assureur est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de MFPrévoyance (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat relatif à la présente notice.

Le Bénéficiaire est la personne qui recevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Certificat d'inscription est le document envoyé à l'Adhérent. Il reprend notamment la liste des personnes assurées ainsi que les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

La Mutuelle Souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Membres Participants.

La prescription est le délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

Le Membre participant est le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts.

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 1^{er} janvier 2016 est de 55,5635 euros. Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du point : se référer au site : <http://vosdroits.servicepublic.fr/particuliers/F461.xhtml>

Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice majoré multiplié par la valeur du point de la Fonction Publique d'État à la date de calcul.

3. Adhésion au contrat

3.1 Conditions d'adhésion

Les Ingénieurs, élèves, stagiaires ou titulaires du Contrôle de la Navigation Aérienne (ICNA) en situation effective d'activité qui sont, ou deviennent, Membres participants de la mutuelle souscriptrice peuvent adhérer au contrat à la condition d'avoir moins de cinquante-sept (57) ans.

Les contrôleurs d'essais et de réception, stagiaires ou non, titulaires du brevet de Contrôleur d'aéronautique d'Essai et de Réception (CER) en situation effective d'activité qui sont, ou deviennent, Membres participants de la mutuelle souscriptrice peuvent adhérer au contrat à la condition d'avoir moins de soixante-deux (62) ans.

Pour les candidats âgés de moins de quarante-cinq (45) ans et dont la demande d'adhésion au contrat intervient moins de trois (3) mois après leur première affectation, l'adhésion est soumise à l'acceptation de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le candidat à un questionnaire de santé traité par le médecin conseil de l'Assureur.

L'âge est apprécié à la date de la demande d'adhésion.

3.2 Demande d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion selon un modèle approuvé par l'Assureur, rempli, daté et signé, transmis à l'Assureur accompagné, le cas échéant, d'un questionnaire de santé selon les conditions d'adhésion mentionnées à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion ».

Par le bulletin d'adhésion, l'Adhérent précise son identité, les éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance et reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information. L'acceptation de l'Assureur est notifiée à l'Adhérent par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

3.3 Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat

Sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, l'adhésion individuelle prend effet :

- Pour les adhésions non soumises à formalité médicale :
 - lorsque la demande d'adhésion est reçue par la Mutuelle souscriptrice avant le 15 du mois : le 1^{er} jour du mois suivant la demande d'adhésion ;

- dans les autres cas : le 1^{er} jour du second mois suivant la demande d'adhésion.

En cas de défaut du paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent au contrat sont couverts au titre du contrat.

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction à la date du premier (1^{er}) janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 3.5 « Résiliation unilatérale par l'Adhérent » de la présente notice d'information et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle souscriptrice, à chaque Adhérent au contrat d'un Certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat.

3.4 Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

*** Si le contrat est vendu par démarchage :**

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L 112-9 alinéa 1^{er} du Code des assurances, "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 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat 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 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

L'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

*** Si le contrat est vendu à distance :**

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-28 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque que le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

b) Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à la Mutuelle souscriptrice une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat G001 ATC que j'ai signé le [Date de la demande d'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros].
Le[Date et signature] ».

c) Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal. Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance**, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception.
- **si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage**, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec demande d'avis de réception. L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'Adhérent reste tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

3.5 Résiliation unilatérale par l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle souscriptrice de la lettre recommandée si cette date précède le 15 du mois. Dans les autres cas, la résiliation prend effet le 1^{er} jour du second mois qui suit la date de réception.

3.6 Radiation du contrat

L'adhésion au contrat et la garantie cessent en cas :

- de décès de l'Adhérent, au jour du décès ;
- de perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- de la perte de la qualité d'ICNA ou de Contrôleurs d'essais et de réception suite à démission, départ du corps, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation par l'Adhérent, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure inscrite à l'article L.141-3 du Code des Assurances et décrite à l'article 4.4 « Défaut de paiement des cotisations » de la présente notice ;
- de résiliation unilatérale par l'Adhérent dans les conditions décrites à l'article 3.5 « Résiliation unilatérale par l'Adhérent », au jour de la prise d'effet de la résiliation ;
- de résiliation du contrat entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur, au jour de la prise d'effet de la résiliation.
- de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, à cette date. Elle doit être réalisée dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat ;
- de défaut de couverture (l'Adhérent n'est plus couvert par aucune garantie du contrat) ; au jour de la prise d'effet de la fin de la couverture.

3.7 Suspension du contrat

3.7.1 Suspension partielle

L'adhésion au contrat est suspendue lorsque l'Adhérent est :

- détaché auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé (l'Adhérent est tenu de déclarer à la Mutuelle souscriptrice son changement de position statutaire avant la prise d'effet de ce changement) ;
- en situation de congé sabbatique ;
- en congé parental (article 52-57 du Décret n°95-986 du 16 septembre 1985 modifié par le décret n°2007-1542 du 26 octobre 2007).

Il ne conserve que la garantie décès. Les autres garanties du contrat sont suspendues. Ainsi, cette suspension de garanties autre que la garantie décès entraîne le maintien de la seule cotisation de la garantie maintenue.

3.7.1 Suspension totale

Lorsque l'Adhérent est détaché auprès d'une administration ou d'un établissement public, son adhésion au contrat peut être suspendue pendant la durée de son détachement.

De même, les sinistres survenant au cours de cette période ne sont pas pris en charge par l'Assureur au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

Au terme de la période de détachement, les garanties contractuelles de l'Adhérent prennent de nouveau effet à l'issue d'un délai de trois (3) mois continus de reprise effective du travail au sein de son administration d'origine.

Le paiement de la cotisation n'est pas dû pendant ce délai de trois (3) mois.

3.8 Fausse déclaration

Les déclarations faites par les Adhérents à la Mutuelle souscriptrice et à l'Assureur, ainsi que les déclarations faites par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur servent de base à la couverture.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhérent par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou de la Mutuelle souscriptrice tant lors de l'inscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

3.9 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre du contrat relatif à la présente notice d'information sont versées, selon le type de rente, soit directement aux Bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés aux Caractéristiques Spécifiques des garanties.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

Il est précisé que si l'Adhérent perçoit indûment des prestations au titre des garanties du contrat, celles-ci doivent être remboursées à l'Assureur ou peuvent faire l'objet des mécanismes de la compensation légale telle que prévue par le Code civil.

3.10 Contrôle médical et conciliation

A la demande du médecin-conseil de l'Assureur, l'Adhérent s'engage à communiquer toutes les pièces médicales permettant d'apprécier si le sinistre s'inscrit bien dans le cadre de la garantie du contrat.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer ou de faire effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat,

de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires et de demander communication de toutes pièces médicales ou administratives utiles. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

L'ADHERENT AU CONTRAT QUI REFUSERAIT DE SE SOUMETTRE AU CONTROLE MEDICAL OU AUX EXAMENS MEDICAUX COMPLEMENTAIRES, DANS LE MOIS QUI SUIT LA DEMANDE, PERDRAIT TOUT DROIT A LA PRESTATION CONSIDEREE.

L'ADHERENT AU CONTRAT QUI NE REpond PAS AUX DEMANDES DE PIECES COMPLEMENTAIRES ET/OU QUI NE RENVOIE PAS LES FORMULAIRES DE GESTION DUMENT REMPLIS VERRA LA PRESTATION SUSPENDUE.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, un certificat médical circonstancié justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Adhérent au contrat et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent au contrat, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins experts exerçant la médecine d'assurance auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'adhérent au contrat en faisant l'avance.

3.11 Secret médical

L'Assuré peut transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de MFPrévoyance :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13

3.12 Subrogation

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré victime d'un accident contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge

du tiers qui répare les conséquences pécuniaires de l'impossibilité de l'Assureur à travailler.

3.13 Notice d'information

La Mutuelle souscriptrice remet aux Adhérents la présente Notice d'information, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Toute modification apportée au contrat par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L141-4 du Code des assurances et à la réglementation spécifique du contrat.

4. Cotisations

4.1 Assiette et montant des cotisations

La cotisation due par l'Adhérent est exprimée en pourcentage de l'assiette des cotisations.

L'assiette des cotisations est égale à 100 % du Traitement Indiciaire Brut (TIB) plus les primes, allocations et indemnités, arrondis à l'euro le plus proche.

Les primes, allocation, indemnités prises en compte sont précisées à l'annexe de la présente notice d'information.

L'assiette des cotisations de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information est déterminée annuellement sur la base de la déclaration faite par l'Adhérent au vu des trois (3) derniers bulletins de salaire.

L'assiette vaut pour toute l'année civile. Elle peut être modifiée en cours d'année, en cas de survenance de l'un des quatre (4) événements suivants déclarés à la Mutuelle souscriptrice dans les deux (2) mois suivant la prise d'effet dudit événement :

1. la titularisation ;
2. l'obtention de la mention d'unité,
3. le passage à ingénieur principal à ingénieur divisionnaire ou à ingénieur en chef s'agissant des Ingénieurs titulaires du Contrôle de la Navigation aérienne (ICNA) ou le passage à premier contrôleur ou à chef de quart s'agissant des Contrôleurs d'essais et de réception,
4. la mutation dans les Départements-Régions d'Outre-Mer (DROM) ou les Collectivités d'Outre-Mer (COM).

Pour le calcul de la première cotisation annuelle, la situation de l'Adhérent s'apprécie à la date du renouvellement.

Pour les Adhérents au contrat exerçant une activité à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'assiette des cotisations est déterminée en fonction du régime de travail en

vigueur à la date du 1^{er} janvier de l'année civile. Elle peut être modifiée lors du renouvellement du contrat.

Pour les Adhérents qui ne déclarent pas chaque année leurs revenus (traitements, primes, allocations et indemnités), les derniers revenus connus de la Mutuelle souscriptrice servent à déterminer l'assiette annuelle de cotisation et les prestations versées au titre du contrat sont calculées sur cette base.

La cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie en fonction des résultats du contrat.

4.2 Réduction « Jeunes »

Les cotisations sont réduites de moitié pour les Adhérents qui sont âgés de moins de trente (30) ans au 31 décembre de l'exercice considéré.

Cette réduction sera reconduite chaque année et ce, jusqu'à l'année du 30^{ème} anniversaire de l'Adhérent.

4.3 Paiement des cotisations

Les cotisations sont appelées auprès de l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice, payables selon les modalités prévues au Règlement Mutualiste de cette dernière. Tout mois commencé est dû.

Le montant de la cotisation de la première (1ère) année est calculé en mois entier prorata temporis pour la période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et le 31 décembre suivant.

4.4 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat.

5. Risques exclus

SONT EXCLUS DE TOUTES LES GARANTIES DU CONTRAT ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT, LES SINISTRES RÉSULTANT :

1. DE 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 ;
2. DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DES EFFETS DE LA TRANSMUTATION DE L'ATOME ;
3. DE LA PARTICIPATION À DES PARIS, DÉFIS, TENTATIVES DE RECORDS, SAUF COURSES OU COMPÉTITIONS SPORTIVES NÉCESSITANT UNE AUTORISATION ADMINISTRATIVE PRÉALABLE OU SOUMISES

À UNE OBLIGATION D'ASSURANCE LÉGALE ;
4. DE L'USAGE D'APPAREILS OU D'ÉQUIPEMENTS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT OFFICIEL (DE NAVIGABILITÉ OU D'UTILISATION), D'ESSAIS PRÉPARATOIRES OU DE RÉCEPTION D'UN ENGIN ;
5. DU RISQUE DE NAVIGATION AÉRIENNE LORSQUE L'ADHÉRENT AU CONTRAT SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL CONDUIT PAR UN PILOTE NE POSSÉDANT PAS DE BREVET VALABLE POUR L'APPAREIL UTILISÉ OU AYANT UNE LICENCE PÉRIMÉE, CE PILOTE POUVANT ÊTRE L'ADHÉRENT AU CONTRAT.

LES EVENEMENTS LIES A DES OPERATIONS CHIRURGICALES OU DES INTERVENTION EN MILIEU HOSPITALIER, SAUF CELLES DECOULANT D'ACCIDENT, NE SONT PAS CONSIDERES COMME ACCIDENTELS.

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE DECES ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT, LE DECES RESULTANT DU SUICIDE DE L'ADHERENT AU CONTRAT SURVENANT DANS LES DOUZE 512° MOIS SUIVANT L'ADHESION AU CONTRAT.

SONT EXCLUS DES GARANTIES INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA), INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITE, ET N'ENTRAÎNENT AUCUN PAIEMENT LES SINISTRES RESULTANT /
1. DE TOUTE ATTEINTE PAR L'ADHÉRENT À SON INTÉGRITÉ PHYSIQUE ;
2. D'UN ACTE EFFECTUÉ SOUS L'EMPRISE DE L'IVRESSE SI LE TAUX D'ALCOOLÉMIE EST SUPÉRIEUR À LA LIMITE FIXÉE PAR LE CODE DE LA ROUTE, DE L'UTILISATION DE DROGUES, DE STUPÉFIANTS, DE TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS MÉDICALEMENT ;
3. DE LUTTES, DUELS, RIXES SAUF EN CAS DE LÉGITIME DÉFENSE, D'ATTENTATS OU D'AGRESSIONS AUXQUELS PARTICIPE L'ADHÉRENT AU CONTRAT ;
4. DE L'UTILISATION EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER D'ENGINS AÉRIENS AUTRES QUE LES AVIONS À MOTEUR,
5. DE LA PRATIQUE DE SPORTS AUTOMOBILES ET MOTOCYCLISTES À TITRE PROFESSIONNEL OU AMATEUR ET DE TOUS LES AUTRES SPORTS À TITRE PROFESSIONNEL ;
6. DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DU FAIT DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, D'ATTENTATS, D'ACTES DE TERRORISME, D'ÉMEUTES, D'INSURRECTIONS, QUEL QUE SOIT LE LIEU OÙ SE DÉROULENT CES ÉVÉNEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES DÈS LORS QUE L'ADHÉRENT AU CONTRAT Y PREND UNE PART ACTIVE, DANS UN CADRE EXTRA-PROFESSIONNEL.

6. Prescription, déchéance

LES DEMANDES DE REGLEMENT DOIVENT PARVENIR DANS LES TROIS (3) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS PEUVENT ETRE SERVIES. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DES

PRESTATIONS N'AURA LIEU QUE POUR LA DUREE DE GARANTIE RESTANT A COURIR A PARTIR DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE PAR L'ASSUREUR.

TOUTES ACTIONS DERIVANT DU PRESENT CONTRAT SONT PRESCRITES PAR DEUX ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 114-1 DU CODE DES ASSURANCES.

TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :

1° EN CAS DE RETICENCE, OMISSION, DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OU L'ASSUREUR EN A EU CONNAISSANCE ;

2° EN CAS DE SINISTRE, QUE DU JOUR OU LES INTERESSES EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORE JUSQUE-LA. LA PRESCRIPTION EST PORTEE A DIX ANS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE LORSQUE LE BENEFICIAIRE EST UNE PERSONNE DISTINCTE DE L'ADHERENT ET, DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS ATTEIGNANT LES PERSONNES, LORSQUE LES BENEFICIAIRES SONT LES AYANTS DROIT DE L'ASSURE DECEDE.

POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE, NONOBTANT LES DISPOSITIONS DU 2°, LES ACTIONS DU BENEFICIAIRE SONT PRESCRITES AU PLUS TARD TRENTE ANS A COMPTER DU DECES DE L'ASSURE.

CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L 114-2 DU CODE DES ASSURANCES, LA PRESCRIPTION PEUT ETRE INTERROMPUE PAR LA CITATION EN JUSTICE, LE COMMANDEMENT, LA SAISIE, L'ACTE D'EXECUTION FORCEE OU L'ACTE DU DEBITEUR PAR LEQUEL CELUI- CI RECONNAIT LE DROIT DU CREANCIER.

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RESULTER DE LA DESIGNATION D'EXPERTS A LA SUITE D'UN SINISTRE AINSI QUE DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION ADRESSEE PAR L'ASSUREUR A L'ASSURE EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA PRIME ET PAR L'ASSURE A L'ASSUREUR EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE L'INDEMNITE.

IL EST PRECISE QUE L'ADHERENT AU CONTRAT QUI NE REpond PAS AUX DEMANDES DE PIECES COMPLEMENTAIRES ET/OU QUI NE RENVOIE PAS LES FORMULAIRES DE GESTION DUMENT REMPLIS DANS LES DEUX MOIS SUIVANT LA DEMANDE, VERRA SA DEMANDE SUSPENDUE.

7. CNIL

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui le concernent. Il peut exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à MFPrévoyance - 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13.

Ces données sont nécessaires au traitement de l'adhésion et à la gestion de son Contrat et sont destinées, à cette fin à MFPrévoyance et à ses partenaires.

Sauf opposition de sa part auprès de l'Assureur, les données recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par ce dernier et ses partenaires.

8. Renseignements Réclamations - Médiation

Les demandes d'information, de réclamation ou de médiation sont à réaliser selon les indications précisées en annexe.

9. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs membres participants et de leurs bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution dont les coordonnées sont les suivantes :

**ACPR - 61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09**

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GARANTIES

10. Garantie Décès

10.1 Objet et montant de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un capital au profit du (des) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'Assuré au contrat survenu :

- Pour les Ingénieurs, élèves, stagiaires ou titulaires du Contrôle de la Navigation Aérienne (ICNA) : avant le 57^{ème} anniversaire ;
- Pour les Contrôleurs d'Essais et de Réception, stagiaires ou non, titulaires du brevet de Contrôleur d'aéronautique d'Essais et de Réception (CER).

Le montant du capital décès est précisé en annexe de la présente notice d'information.

10.2 Bénéficiaires du capital décès

Les Bénéficiaires sont ceux désignés par l'Adhérent.

L'Adhérent choisit entre l'une ou l'autre des deux formules suivantes :

➤ La formule générale :

« A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), non séparé ou à mon Concubin,

- A défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,

- A défaut à mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,

- A défaut à mes autres héritiers par parts égales entre eux ».

➤ Toute formule particulière :

A utiliser notamment lorsque l'Adhérent souhaite désigner nommément une personne comme Bénéficiaire (indiquer les nom, prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

A défaut du choix d'une formule particulière, la formule générale s'applique.

Sous réserve des droits propres du Bénéficiaire acceptant, l'Adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les Bénéficiaire(s) désigné(s). La désignation des Bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

La désignation des bénéficiaires peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Elle reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsqu'elle n'est plus appropriée.

10.3 Formalités en cas de sinistres

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès de l'Adhérent ;
- un certificat médical indiquant si le décès de l'Adhérent est dû ou non à une cause naturelle,
- toute justification utile de l'identité, de la qualité et de l'adresse des Bénéficiaires ;
- toute autre pièce ou formulaire, notamment d'ordre médical, demandé par l'Assureur.

10.4 Revalorisation de la garantie en cas de décès de l'Adhérent

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 10.3 de la présente notice, le capital garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

11. Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

11.1 Objet et montant de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un capital au profit de l'Adhérent au contrat en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) survenue avant la date de prise d'effet de sa retraite et au plus tard :

- avant son 57^{ème} anniversaire s'agissant des Ingénieurs, élèves, stagiaires ou titulaires du Contrôle de la Navigation Aérienne (ICNA) ;
- avant son 62^{ème} anniversaire s'agissant des contrôleurs d'essais et de réception, stagiaires ou non, titulaires du brevet de Contrôleur d'aéronautique d'Essais et de Réception (CER).

Le montant du capital IPA est précisé en annexe de la présente notice d'information.

11.2 Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

Est considéré comme atteint d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA), l'Adhérent qui à la fois :

- est dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité, susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse de sa profession ou non ;
- est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre (4)

actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer), pendant toute la durée de celle-ci ;

- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant aux deux (2) critères ci-dessus.

11.3 Bénéficiaire de la prestation

Le Bénéficiaire du capital IPA est l'Adhérent lui-même.

11.4 Formalités en cas de sinistres

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- le justificatif IPA dûment complété (le formulaire est à demander à la Mutuelle souscriptrice) ;
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'Assuré attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige, en outre, à recourir pendant toute son existence à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Le certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce document est à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur ;
- une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'Adhérent ;
- toute autre pièce ou formulaire, notamment d'ordre médical, demandé par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent et de lui demander toute pièce justificative complémentaire dans les conditions prévues à l'article 3.10 de la présente notice d'information.

LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LA PRESTATION EST SUSCEPTIBLE D'ETRE VERSEE. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DE LA PRESTATION NE SERA PAS DU.

11.5 Modalité de paiement

Le capital IPA est exigible :

- immédiatement après la reconnaissance de l'IPA par le médecin conseil de l'Assureur si celle-ci découle d'un Accident tel que défini à l'article 2.2 « Définitions » de la présente notice d'information ;
- au terme d'un délai de six (6) mois à compter de la date de la reconnaissance de l'IPA, si elle résulte d'une maladie. Le capital n'est pas dû si l'Assuré vient à décéder pendant ce délai.

Il appartient à l'Assuré d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre l'Accident et l'IPA.

12. Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

12.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières au profit de l'Assuré en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite ; s'il est en situation effective d'activité à la veille du premier jour de l'arrêt de travail.

12.2 Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

L'Incapacité Temporaire Totale de travail est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle.

Est aussi considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Adhérent qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèce en application du statut de la Fonction Publique ou est en disponibilité d'office au sens de l'article 51 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984,
- et
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

12.3 Montant de la garantie

Le montant de l'indemnité journalière est précisé en annexe de la présente notice d'information.

De ce montant, sont déduites les prestations nettes servies par l'Administration et par tout autre organisme de prévoyance.

Principe indemnitaire :

En aucun cas, les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature préalablement perçues de l'Administration, de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle souscriptrice, de tout autre régime obligatoire de rattachement (RSI, MSA, etc.) et/ou de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'Adhérent au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.

On entend par « rémunération théorique », le traitement net (primes, allocations et indemnités précisées en annexe de la présente notice d'information incluses) qu'aurait perçu l'Adhérent s'il avait continué à travailler. N'est pas pris en compte dans la rémunération théorique, le montant de l'allocation temporaire complémentaire prévue par les articles 6.1 et 6.2 de la loi n°89-1007 du 31 décembre 1989 relative au corps des Ingénieurs du Contrôle de la Navigation Aérienne.

12.4 Bénéficiaire de la garantie

Le Bénéficiaire des indemnités journalières est l'Adhérent lui-même.

12.5 Délai de franchise

Le droit aux prestations est acquis à l'issue d'un délai de franchise (période pendant laquelle aucune prestation n'est versée) de 90 jours. Le délai est considéré comme écoulé dès que 90 jours sont décomptés à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail, survenus en cours de la période d'assurance au titre de la présente garantie, dans les 365 jours précédant la date à laquelle est apprécié le droit à prestation.

Le délai est calculé en additionnant les journées consécutives ou non, d'arrêt de travail pour maladie ou accident, quelle qu'en soit la cause, survenues en cours d'assurance. Les demi-journées de travail ne sont pas prises en considération.

Par exception, lorsque l'Adhérent est mis en congé de longue maladie ou en congé de longue durée (au sens de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifié par la loi n°2007-148 du 2 février 2007), le droit à prestation est acquis à la date d'effet du congé.

Dans le cas d'une rechute, le délai de franchise n'est pas appliqué. On entend par rechute, un arrêt de travail ayant donné lieu à indemnisation au titre de la présente garantie, imputable à une même maladie ou à un même accident et qui survient dans un délai maximum de trois (3) mois suivant la fin de l'indemnisation précitée.

12.6 Règlement des prestations

12.6.1 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical précisant la date de l'arrêt de travail initial ;
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'incapacité de travail émanant de l'Administration ou de tout autre organisme de prévoyance ;
- l'avis d'arrêt de travail ou l'avis de prolongation de l'arrêt de travail ;
- un justificatif précisant les dates d'interruption de travail pour maladie ou accident indemnisés par l'Administration ;
- une attestation sur l'honneur de l'Adhérent énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de son incapacité ;
- toute autre pièce ou formulaire, notamment d'ordre médical, qui pourrait être demandé par l'Assureur.
- en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation dans les conditions prévues à l'article 3.10 de la présente notice d'information.

LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS SONT SUSCEPTIBLES D'ETRE SERVIES. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS N'AURA LIEU QUE POUR LA DUREE DE GARANTIE RESTANT A COURIR A PARTIR DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE PAR L'ASSUREUR.

12.6.2 Modalités de versement

Les indemnités journalières sont payables après réception des pièces justificatives.

Elles sont versées à compter de la date d'ouverture du droit à prestation tel que défini à l'article 12.5 « Délai de franchise » de la présente notice d'information.

La prestation cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise du travail, y compris à temps partiel, à l'exception du mi-temps thérapeutique donnant lieu au versement de prestations journalières Incapacité en application du statut de la Fonction Publique ou au titre de la Sécurité sociale ;
- le jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité défini à l'article 13.2 « Définition de l'Invalidité » de la présente notice d'information ;
- ;
- l'entrée en jouissance d'une pension de retraite y compris pour invalidité ;
- lorsque l'Adhérent ne remplit plus les conditions prévues à l'article 12.2 « Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail » de la présente notice d'information.

L'Adhérent doit notifier à la Mutuelle souscriptrice la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité indemnisée au titre de ce contrat.

13. Garantie Invalidité

13.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'Adhérent au contrat :

- en situation effective d'activité avant la survenance du sinistre,
- ou en incapacité temporaire totale telle que définie à l'article 12.2 « Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail », en cas d'invalidité avant l'entrée en jouissance effective de sa retraite.

13.2 Définition de l'Invalidité

Est considéré comme étant en invalidité, l'Adhérent, qui à la fois :

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle,
- présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins 66%,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de toute activité professionnelle.

13.3 Montant de la garantie

Le montant mensuel de la rente d'invalidité est précisé en annexe à la présente notice d'information.

De ce montant, sont déduites les prestations nettes servies par l'Administration et par tout autre organisme de prévoyance.

Principe indemnitaire

En aucun cas, les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature perçues de l'Administration et de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'Adhérent au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération théorique sur la période considérée.

Par « rémunération théorique », on entend le traitement net (primes, allocations et indemnités précisées en annexe de la présente notice d'information incluses) qu'aurait perçu l'Adhérent s'il avait continué à travailler. N'est pas pris en compte dans la rémunération théorique, le montant de l'allocation temporaire complémentaire prévue par les articles 6.1 et 6.2 de la loi n°89-1007 du 31 décembre 1989, relative au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne.

13.4 Règlement des prestations

13.4.1 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice accompagnées des pièces et justificatifs suivants:

- un certificat médical précisant la date de mise en invalidité ;
- la notification de mise à la retraite pour invalidité ;
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'invalidité émanant de l'Administration ou de tout autre organisme de prévoyance ;
- une attestation sur l'honneur de l'Adhérent au contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de l'invalidité ;
- toute autre pièce ou formulaire, notamment d'ordre médical, qui pourrait être demandé par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation

dans les conditions prévues à l'article 3.10 de la présente notice d'information.

LA DEMANDE DE REGLEMENT DOIT PARVENIR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT LA DATE A PARTIR DE LAQUELLE LES PRESTATIONS SONT SUSCEPTIBLES D'ETRE SERVIES. PASSE CE DELAI, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS N'AURA LIEU QUE POUR LA DUREE COURANT A PARTIR DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE PAR L'ASSUREUR.

13.4.2 Modalités de versement

Le droit à rente est acquis dès le lendemain de la date reconnue par le médecin conseil de l'Assureur comme point de départ de l'invalidité du Bénéficiaire.

La rente est versée mensuellement à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. De même, à la cessation de service de la rente, le dernier versement est calculé prorata temporis.

La rente d'invalidité est versée tant que dure l'état d'invalidité. Elle cesse d'être versée en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- lorsque l'Adhérent entre en jouissance effective de ses droits à la retraite ;
- lorsque l'Adhérent ne remplit plus les conditions prévues à l'article 13.2 « Définition de l'invalidité » de la présente notice d'information.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie, au 1^{er} janvier de chaque année.

13.5 Revalorisation des rentes servies

Les rentes servies sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier de l'année civile, sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente. Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure lors de chaque revalorisation.

L'Adhérent doit notifier à la Mutuelle souscriptrice la fin éventuelle de son état d'invalidité ainsi que l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'invalidité en cours d'indemnisation au titre de ce contrat.



MFPrévoyance,
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640
Paris Cedex 13.