

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur la garantie perte de rémunération.

MCF : Mutuelle enregistrée en France et régie par le Code des Assurances : n°302 976 568

Offre : Perte de rémunération ; volet INCAPACITE au 1^{er} janvier 2023



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle transmise (prestations détaillées dans le tableau des garanties figurant des statuts).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance « perte de rémunération », volet INCAPACITE, permet de compléter votre salaire lorsque celui-ci est réduit suite à un arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident. La garantie inclue un volet INVALIDITE qui est assuré par CNP Assurances et donne lieu à une fiche d'information spécifique



Qu'est ce qui est assuré ?

Le complément de salaire, primes comprises, en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident.

Pour les fonctionnaires titulaires :

Après 90 jours d'arrêt de travail calculés sur une année glissante, la rémunération est réduite de moitié et certaines primes ne sont plus versées.

Pour les fonctionnaires contractuels ou vacataires :

En fonction de l'ancienneté de l'embauche, la rémunération à demi-traitement et la perte de prime peut intervenir dès le début de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident ou après 90 jours, calculés sur une année glissante.

Pour les adhérents en activité dans une entreprise privée :

A compter du premier jour d'arrêt de travail, seules les indemnités journalières sécurité sociale sont versées. Dans ces trois situations, la garantie incapacité permet de compenser la perte de revenu subie, primes comprises, dans les conditions suivantes :

En cas de maladie ordinaire (CMO) :

Salaire maintenu et/ou indemnités journalières + indemnités mutuelle
= 100% de la base de garantie déclarée chaque année à la mutuelle par les adhérents.

En cas de congé de longue maladie (CLM) de longue durée (CLD) ou de grave maladie pour les salariés du privé :

Salaire maintenu et/ou indemnités journalières + indemnités mutuelle
= 80% de la base de garantie déclarée chaque année à la mutuelle par les adhérents.

La base de garantie servant au calcul des indemnités mutuelle est égale au revenu net imposable, primes comprises, de l'année N-2, déclaré à la mutuelle par les adhérents. Chaque adhérent a la possibilité d'actualiser cette base garantie si un événement a modifié ses revenus au cours de l'année N-1.

En cas d'absence d'information, un minimum

Retrouvez l'exhaustivité du règlement incapacité dans les statuts



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- Les arrêts de travail dont l'origine de la maladie est antérieure à la date d'adhésion au contrat, même si la réduction de salaire par l'employeur intervient pendant la période de couverture.
- La perte de revenu subie pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion à la garantie.
- Les arrêts de travail non justifiés par la sécurité sociale ou le service médical de l'employeur
- Les arrêts de travail pour lesquels l'adhérent ne supporte aucune perte de revenus.
- La perte de rémunération – volet invalidité (la rente invalidité prévue au contrat est assurée par CNP Assurances, voir la fiche descriptive éditée par l'assureur)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- Les revenus autres que les revenus salariés
- Les arrêts de travail pour cause de maternité
- les congés parentaux
- Les arrêts de travail non justifiés médicalement.
- Les jours de carence.

Restrictions statutaires

La garantie ne peut pas être mise en jeu :

- si l'adhérent n'est pas à jour de ses cotisations.
- si l'adhérent ne fournit pas les documents nécessaires à l'instruction du dossier de sinistre (avis d'arrêt de travail, décisions du comité médical, décomptes des indemnités journalières de la sécurité sociale, attestations de perte de revenu).
- si l'adhérent a contracté une dette auprès de la mutuelle, à quelque titre que ce soit.

Dans tous les cas les indemnités mutuelle ne peuvent pas être supérieures à la perte de revenu réellement subie par l'adhérent



Où suis-je couvert ?

- quel que soit le lieu de résidence
- pendant un séjour à l'hôpital ou dans une structure médicalisée.



Quelles sont mes obligations ?

Règles générales à l'adhésion

- Remplir précisément le bulletin d'adhésion que nous vous fournissons
- Attester que, compte tenu de vos besoins, la mutuelle vous a bien conseillé sur le choix de vos garanties et que vous adhérez en toute connaissance de cause.
- Fournir tous documents justificatifs demandés
- Régler la cotisation indiquée au contrat

Règles générales en cours de contrat

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Adresser les factures et décomptes sécurité sociale dans un délai de deux ans suivant l'acquiescement ou la date de remboursement par le Régime Obligatoire
- Informer la mutuelle de tout changement de situation dans les 15 jours (changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de la composition familiale –naissance, mariage, décès- changement de centre de gestion du Régime Obligatoire, changement de profession, passage à la retraite) et fournir les justificatifs

Obligations statutaires

Pour les agents de la Fonction publique, titulaires ou contractuels : souscrire la garantie « frais de maladie » est obligatoire.
(La garantie « frais de maladie » est facultative pour les agents territoriaux et les collectivités locales dans le cadre de la labellisation de la Fonction publique territoriale).



Quand et comment effectuer les paiements de mes cotisations ?

Les cotisations sont fixées par année civile. Elles sont payables mensuellement, par avance, chaque début de mois, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert en France.

Le paiement par chèque ou virement est autorisé pour les adhérents et dans les cas particuliers, après accord du correspondant TRACFIN. Dans ce cas, l'échéancier est trimestriel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. La date d'adhésion figure sur les documents transmis à sa conclusion (lettre d'appel de cotisation et certificat de garanties)

Chaque adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

L'adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. Elle est ensuite tacitement reconduite chaque année civile, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées au contrat.

La garantie peut être mise en jeu après une carence de 6 mois suivant la date d'adhésion **et sous réserve que l'origine de la maladie ne soit pas antérieure à cette date.** Elle cesse dès la reprise d'activité.

La garantie prend fin en cas de cessation d'activité ou de mise à la retraite.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation se demande par écrit, par courrier postal ou par mail. Le mail doit contenir la lettre de résiliation signée sous format word, pdf ou équivalent.

La résiliation de cette garantie est possible si vous n'êtes pas ou plus fonctionnaire ou assimilé. Dans les autres cas il faut résilier la garantie santé.

Les cas de résiliation :

- A date échéance du contrat (31 décembre), en adressant la demande de résiliation au moins deux mois avant (soit au plus tard le 31 octobre de la même année).
- Dans les 30 jours suivant la réception de votre appel de cotisations annuel (loi Chatel).
- Lorsque vous êtes soumis à un contrat groupe obligatoire d'entreprise
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle dès lors que ce changement modifie la nature du risque.
- En cours d'année, la radiation infra-annuelle de la garantie santé (la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 et décret N°2020-1438 du 24 novembre 2020) entraîne la radiation de la garantie « incapacité ».



INFORMATIONS

L'exhaustivité du règlement perte de rémunération figure dans les statuts de la mutuelle et les notices d'information. Vous pouvez en obtenir une version papier sur simple demande ou les consulter en ligne sur le site www.mutuellemcf.fr.

Téléphone : 01 41 74 31 00 du lundi au vendredi entre 9 et 16 heures

Messagerie : mcf@mutuellemcf.fr

Adresse :

MCF - 110 rue de Picpus - CS 80504 - 75131 PARIS Cedex 12