



**ADHESION AU PRODUIT
PERTE DE REMUNERATION CLASSIQUE
pour les agents de la fonction publique**

Mutuelle Centrale des Finances

110 rue de Picpus – CS 80 504 – 75131 Paris Cedex 12

Mutuelle n° 302 976 568 régie par le livre II du code de la mutualité

Conditions pour adhérer au produit Perte de Rémunération classique

Cette garantie est destinée aux agents des trois fonctions publiques en activité de service dont la situation **concernant les frais de santé** est l'une des deux suivantes :

- **adhérents à la MCF pour les frais de santé**
- OU
- **couverts par un contrat collectif obligatoire en santé.**

Dans les autres cas (pas de contrat collectif obligatoire), il faut adhérer à un contrat santé de la MCF pour pouvoir adhérer à un contrat prévoyance de la MCF.

Comment remplir ce document :

Il est divisé en trois parties.

1/ Le devoir de conseil décrit pas à pas les deux niveaux de votre couverture en cas d'arrêt maladie :

- la couverture par votre employeur
- la couverture de votre employeur complétée par la garantie « PR classique » de la MCF.

2/ Le bulletin d'adhésion proprement dit.

Les deux parties, devoir de conseil et bulletin, doivent être signés, c'est une obligation légale.

3/ Par ailleurs, nous vous proposons d'autres produits de prévoyance de CNP accessibles sous condition :

- possibilité d'adhérer à la garantie Frais d'obsèques **dans les 5 ans de votre adhésion à la MCF**
- **si vous avez moins de 45 ans**, possibilité d'adhérer à la garantie Capital Décès après acceptation de CNP (questionnaire de santé : QS)
- possibilité d'adhérer à la garantie Dépendance après acceptation de CNP (questionnaire de santé : QS)



DEVOIR DE CONSEIL CONCERNANT LE PRODUIT PERTE DE REMUNERATION CLASSIQUE

Mutuelle Centrale des Finances

110 rue de Picpus – CS 80 504 – 75131 Paris Cedex 12

Mutuelle n° 302 976 568 régie par le livre II du code de la mutualité

Préambule :

Ce document est destiné à adhérer à la garantie « Perte de rémunération classique ».

Elle est destinée aux agents des trois fonctions publiques en activité de service **qui ne disposent pas** d'une couverture collective prévoyance

OU

qui disposent d'une couverture collective prévoyance **facultative** et ne souhaitent pas y souscrire¹.

Le produit Perte de rémunération classique se décompose en deux garanties :

- **La garantie incapacité/arrêt** de travail complète vos ressources en cas d'arrêt maladie de plus de trois mois.
- **La garantie invalidité** vous verse une rente en cas de mise à la retraite pour invalidité avec un taux supérieur à 50%.

Étape 1 de votre couverture : la couverture de votre employeur

La couverture statutaire présente les garanties suivantes :

			couverture statutaire = votre employeur	
			TIB + NBI	Primes
MALADIE	Congé Maladie Ordinaire (CMO)	1 à 3 mois	90%	90%
		4 à 12 mois	50%	50%
MALADIE	Congé Longue / Grave Maladie (CLM/ CGM)	1 ^{ère} année	100%	33%
		2 ^e et 3 ^e années	60%	60%
INVALIDITE	Congé Longue Durée CLD	1 ^{ère} année	100%	
		2 ^e & 3 ^e années	100%	
		4 ^e & 5 ^e années	50%	
INVALIDITE	retraite pour invalidité		50% à 75%	
	pension d'invalidité contractuels	catégorie 1	30%	30%
		catégories 2 & 3	50%	50%

¹ Vous êtes dans un cas ou l'autre, jamais dans les deux.

Étape 2 de votre couverture : la formule Perte de Rémunération classique complète la couverture de votre employeur.

Le produit **Perte de rémunération classique de la MCF** vous couvre **en incapacité et invalidité**.

Ce produit prend en compte la totalité de votre rémunération sans en détailler les différentes composantes **et de vous verse un complément pour atteindre le niveau garanti par la MCF.**

			couverture statutaire = votre employeur		MCF
			TIB + NBI	Primes	complément pour atteindre x % de la rémunération garantie
MALADIE	congé Maladie Ordinaire (CMO)	1 à 3 mois	90%	90%	pour les arrêts > 3 mois complément à hauteur de 100% de la rémunération
		4 à 12 mois	50%	50%	complément à hauteur de 100% de la rémunération
	congé Longue / Grave Maladie (CLM/ CGM)	1 ^{ère} année	100%	33%	complément à hauteur de 90% de la rémunération
		2 ^e et 3 ^e années	60%	60%	complément à hauteur de 100% de la rémunération
	congé Longue Durée CLD	1 ^{ère} année	100%		complément à hauteur de 90% de la rémunération
		2 ^e & 3 ^e années	100%		complément à hauteur de 80% de la rémunération
		4 ^e & 5 ^e années	50%		Si taux invalidité reconnue par l'administration > 50% 36% de la rémunération garantie (à ajouter à la pension de retraite ou d'invalidité)
INVALIDITÉ	retraite pour invalidité		50% à 75%		
	pension d'invalidité contractuels	catégorie 1	30%	20%	
		catégories 2 & 3	50%	30%	

Exemple :

Montant imposable annuel : 36 091 € (dernière année entière enregistrée dans nos bases)
dont TIB : 27 400 €
Primes : 6 532 €

Heures supplémentaires : 2 159 €
Rémunération mensuelle : 3 007 €

En deuxième et troisième année de CLM, votre employeur vous verse chaque mois :

60%TIB + 60% primes = (27 400/360 x 30 x 60%) + (6 532/360 x 30 x 60%) = 1 697 € / mois

La base garantie par la MCF est 36 091/365 x 31 x 90% = 2 759 € ;

elle vous verse 1 062 euros pour 31 jours (2 759 € – 1 697 €).

La garantie invalidité est assurée par CNP Assurances (RCS Paris 341 737 062). Celle-ci intervient lorsque le taux d'invalidité reconnu par l'administration est supérieur à 50%. La rente versée représente 36% de la rémunération garantie, plafonnée de façon que

(rente de l'administration + rente CNP) ≤ 80% de la rémunération garantie.

Précisions : Si vous êtes nouvel adhérent à la MCF, le délai de carence pour les contrats incapacité et invalidité est de six mois.

Dans tous les cas, seuls sont couverts les arrêts survenus après la prise d'effet du contrat.

Synthèse du devoir de conseil

Je suis agent de la fonction publique et

- Mon ministère **ne me propose pas de** contrat collectif en prévoyance. Je souhaite souscrire le produit « PR classique » de la MCF.

OU

- Mon ministère **me propose** un contrat socle **facultatif** en incapacité- invalidité que je ne souhaite pas souscrire. Je souhaite souscrire le produit « PR classique » de la MCF.

J'ai noté que si je suis nouvel adhérent à la MCF en prévoyance, le délai de carence pour les contrats incapacité et invalidité est de six mois.

Dans tous les cas, seuls sont couverts les arrêts survenus après la date de prise d'effet du contrat.

Nom : _____

Fait à _____

Prénom : _____

Le ____ / ____ / ____

Signature



BULLETIN D'ADHÉSION AU PRODUIT PERTE DE REMUNERATION CLASSIQUE

Mutuelle Centrale des Finances

110 rue de Picpus – CS 80 504 – 75131 Paris Cedex 12

Mutuelle n° 302 976 568 régie par le livre II du code de la mutualité

Identité du souscripteur

Nom : _____ Prénom : _____
Nom de naissance : _____ n° Sécurité sociale : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ e-mail : _____

Situation administrative / professionnelle

Agent de la fonction publique État Territoriale Hospitalière

Employeur : _____

Organisme assureur de vos frais de santé : _____

Votre employeur ne vous propose pas de contrat collectif en prévoyance : oui

OU

Votre employeur vous propose une couverture prévoyance facultative que vous ne souhaitez pas souscrire : oui

Produit Perte de Rémunération

classique (incapacité-invalidité)

Ce produit inclut le risque incapacité jusqu'à la date effective de passage à la retraite.

* Voir la fiche de devoir de conseil

En signant mon bulletin d'adhésion, je reconnaissais avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MCF, ainsi que des notices d'information sur les garanties auxquelles je souscris et avoir été pleinement informé de mes droits et obligations envers la mutuelle.

Mon contrat prendra effet le : ____ / ____ / ____

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature

Autres garanties de prévoyance proposées.

Elles sont distribuées par la MCF et assurées par CNP Assurances (RCS Paris 341 737 062).

Ce sont des offres **indépendantes** de la réforme de la protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics. Elles s'y ajoutent ; elles ne les remplacent pas.

Remarque : si vous avez déjà souscrit ces garanties à la MCF, il est inutile de recouper les cases.

Garantie Frais d'obsèques :

Il est possible d'adhérer dans les 5 ans de la première adhésion à la MCF. Cotisation : 4 euros/mois.

Sur présentation d'une facture, versement de 3000 euros pour participer aux frais d'obsèques de l'adhérent.

Je suis adhérent à la MCF depuis moins de six ans, je souhaite souscrire à la garantie **Frais d'obsèques**

pour moi pour mon conjoint

Les frais d'obsèques « conjoint » ne peuvent être souscrits que si vous retenez la garantie obsèques « adhérent ». Cette garantie est assurée par CNP Assurances, RCS Paris 341 737 062.

Signature

Garanties Capital décès :

Il est possible de demander l'adhésion si vous avez moins de 45 ans. Cette garantie est soumise à questionnaire de santé et approbation de CNP Assurances.

Choix entre une, deux ou trois fois votre salaire annuel aux bénéficiaires de votre choix.

Déférence avec la garantie statutaire : le produit MCF ne s'interrompt pas au passage à la retraite. Vous pouvez désigner qui vous voulez (*le produit statutaire réserve le capital décès au conjoint et aux enfants et prend fin lors du passage à la retraite*).

Garanties soumises à acceptation après questionnaire médical

Garantie assurance décès

J'ai moins de 45 ans. Je suis intéressé par cette garantie. Veuillez m'adresser le bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé et la notice correspondants.

L'inscription à cette garantie est subordonnée à l'accord préalable de CNP Assurances, RCS Paris 341 737 062, qui assure le risque.

Signature

Garantie Dépendance

Cette garantie est soumise à questionnaire de santé et approbation de CNP Assurances.

Versement d'une rente de 350 euros mensuels si CNP Assurances reconnaît votre état de dépendance (voir notice).

Garanties soumises à acceptation après questionnaire médical

Garantie dépendance facultative

- Je suis intéressé par cette garantie. Veuillez m'adresser le bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé et la notice correspondants.
- Je souhaite que mon conjoint retraité souscrive à cette garantie.

L'inscription à cette garantie est subordonnée à l'accord préalable de CNP Assurances, RCS Paris 341 737 062, qui assure le risque.

Signature

Pièces à fournir selon votre situation

- ❖ Je possède un contrat MCF en santé. Les cotisations seront prélevées sur le RIB actuel.

Fournir :

- Dernier bulletin de salaire mensuel ou le bulletin de décembre N-1

- ❖ Je suis nouvel adhérent ou ré-adhérent à la MCF

Fournir :

- Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Dernier bulletin de salaire ou le bulletin de décembre N-1.
- Justificatif de la qualité obligatoire de votre contrat collectif en santé
- RIB
- Mandat de prélèvement SEPA daté et signé, autorisant la MCF à prélever les cotisations dues sur le compte bancaire du signataire du mandat. (voir page suivante)

à renvoyer à :

mcf@mutuellemcf.fr



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM) : _____

La RUM sera complétée par la Mutuelle lors de la création de votre dossier et vous sera communiquée sur votre lettre d'appel de cotisations - (En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle Centrale des Finances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte du montant de vos cotisations Mutuelle, ou de celles du tiers désigné par vous sur ce document, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Centrale des Finances)

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Cher adhérent, chère adhérente,

Afin d'effectuer le prélèvement de vos cotisations sur votre compte bancaire, je vous prie de bien vouloir me renvoyer le présent document dûment complété et signé.

Sauf indication contraire de votre part, ce même compte sera enregistré pour le virement de vos prestations.

Les cotisations qui n'auraient pas pu être prélevées sur votre compte bancaire vous seraient alors réclamées par chèque à établir à l'ordre de la Mutuelle Centrale des Finances.

Je vous prie de croire, cher adhérent, chère adhérente, en l'assurance de mes meilleures salutations mutualistes.

**NOM PRENOM ET ADRESSE
(du titulaire du compte)**

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES
110 rue de Picpus
CS 80504
75131 Paris cedex 12
ICS : FR34ZZZ240346

VOS COORDONNEES BANCAIRES (compléter ci-dessous et joindre le relevé d'identité bancaire correspondant)

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code BIC : | | | | | | | | | |

Code BIC : _____

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

Ce mandat concerne vos propres cotisations Mutuelle :

Indiquer votre n° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Date

Signature du titulaire du compte

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pourrez obtenir auprès de votre banque.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre notre accueil, au 01 41 74 31 00.

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour la seule gestion de vos cotisations mutualistes. Elles pourront donner lieu à exercice de votre droit individuel d'accès et de modifications auprès du créancier, à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01/04/80 de la Commission Informatique et Libertés.

1) Agrément professionnel : MCF est une mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, enregistrée sous le numéro 302 976 568 auprès de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).
L'ACPR est située 4 place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09

2) Délai de rétractation : Pendant les 14 jours qui suivent votre adhésion vous gardez la possibilité de revenir sur votre décision et de vous faire rembourser intégralement les versements effectués, en adressant à la MCF un courrier le précisant. Passé ce délai, votre adhésion court jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion avec tacite reconduction, d'année civile en année civile.

3) Délai de dénonciation de l'adhésion : Toute demande de radiation ne pourra être effective qu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous en aurez fait la demande, sous réserve que cette demande parvienne à la mutuelle avant le 31 octobre, conformément à nos statuts. A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de votre adhésion, vous pouvez demander à être radié, sans frais ni pénalités, dans les conditions visées au règlement mutualiste et conformément aux articles L. 221-10-2 et L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Conformément à la loi, la demande de radiation peut également être formulée dans les 30 jours suivant la date de réception, par vos soins, de l'appel de cotisation et du certificat de garanties vous informant des nouvelles conditions et règles statutaires pour l'année nouvelle.

4) Protection de vos données personnelles : Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, les informations collectées par la mutuelle servent uniquement à la gestion des garanties que vous souscrivez ou avez souscrites. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé.

- Finalité des données : tous les traitements mis en œuvre par la mutuelle, utilisant vos données personnelles, ont pour seules finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats souscrits (gestion des adhésions, prestations et cotisations) ; l'élaboration des statistiques comptables et actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, contre la fraude) ; les opérations relatives à la gestion de la relation adhérents.

Les données sont hébergées en France.

- Destinataires des données personnelles : dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, vos données personnelles sont destinées : au personnel de la mutuelle habilité à gérer vos dossiers et répondre à vos demandes ; aux assureurs des contrats distribués par la mutuelle ; aux sous-traitants de la mutuelle (routeurs de la revue et des décomptes, hébergeur de notre applicatif de gestion).

Les assureurs des garanties distribuées par la MCF et les sous-traitants, également soumis à la réglementation sur la protection des données, exercent tous leur activité en France. Aucune donnée personnelle n'est transmise hors de l'Union Européenne.

- Conservation des données : vos données personnelles sont conservées pendant toute la durée de votre adhésion, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation, selon les contrats souscrits.

- Compte adhérent : votre compte adhérent est accessible via le site Internet de la mutuelle www.mutuellemcf.fr. L'accès se fait via un code utilisateur et un mot de passe personnels. Le compte adhérent reprend les données suivantes, enregistrées par la mutuelle dans son outil de gestion, pour le suivi de vos garanties : adresse, RIB, ayants droit ; cotisations ; prestations vous concernant.

Le compte adhérent est accessible à tout moment. Vous pouvez demander que les informations contenues dans votre compte adhérent soient modifiées, justificatives à l'appui.

5) Exercice du droit d'accès aux données : Conformément au règlement du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données, et à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation des traitements, de portabilité et d'effacement de vos données personnelles. Lorsque votre consentement est nécessaire au traitement, vous pouvez le retirer à tout moment. Vous pouvez exercer ces différents droits en vous adressant au DPD

(Délégué à la Protection des Données) désigné au sein de la MCF :

Par courrier : MCF – A l'attention de la Déléguée à la protection des Données –

110 rue de Picpus – CS 80504 – 75131 PARIS Cedex 12

Par messagerie : dpo@mutuellemcf.fr

Par téléphone : 01 41 74 31 00

6) Saisir la CNIL : En cas de désaccord persistant avec la MCF, concernant la protection de vos données personnelles, vous avez le droit de saisir la CNIL :

Par courrier : CNIL – 3 place de Fontenoy – 75007 PARIS

Par téléphone : 01 53 73 22 22

Via leur site Internet : <https://www.cnil.fr/fr/saisir-la-cnil>