

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

GARANTIES PREVOYANCE

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

CDG 06

CONTRAT N° : CCFP - 603 - CP

Notice établie en application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité

La présente notice d'information prend effet le 1^{er} Janvier 2018

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
LEXIQUE	4
INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 1 - Information précontractuelle - Modification du contrat collectif	Erreur ! Signet non défini.
ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 2 - Population assurable	4
Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion au contrat collectif	4
Article 4 - Faculté de renonciation	6
SUSPENSION, TERME DES GARANTIES – ADHESION INDIVIDUELLE A LA MUTUELLE	6
Article 5 - Suspension des garanties	6
Article 6 - Terme des garanties.....	6
DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF.....	6
Article 7 - Dénonciation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif.....	6
MAINTIEN DES GARANTIES	7
Article 8 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat collectif	7
Article 9 - Maintien des garanties en cas de mobilité du membre participant	6
DISPOSITIONS DIVERSES.....	7
Article 10 - Fausse déclaration intentionnelle.....	7
Article 11 - Fausse déclaration non intentionnelle.....	7
Article 12 - Subrogation	7
Article 13 - Prescription - Interruption de la prescription.....	7
Article 14 - Réclamations - Médiation	8
Article 15 - Informatique et Libertés	8
Article 16 - Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution.....	8
DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE	8
Article 17 - Garanties couvertes au titre du contrat collectif	8
Article 18 - Modification de la formule de garantie	9
Article 19 - Prestations	9
Article 20 - Contrôle médical.....	10
Article 21 - Changement de situation en cours de garantie.....	11
Article 22 - Risques exclus	11
GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES	11
GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL.....	11
Article 23 - Objet et définition de la garantie	11
Article 24 - Montant de la prestation	11
Article 25 - Période de franchise.....	11
Article 26 - Point de départ du service de la prestation	12
Article 27 - Maintien du paiement du demi-traitement.....	11
Article 28 - Droits rétablis	11
Article 29 - Terme du versement de la prestation garantie	13
Article 30 - Pièces à fournir en cas de sinistre	13
GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE.....	13
Article 31 - Objet et définition de la garantie	13
Article 32 - Montant de la prestation	14
Article 33 - Point de départ du service de la prestation	14
Article 34 - Terme du service de la prestation.....	14
Article 35 - Pièces à fournir en cas de sinistre	14

GARANTIE MAINTIEN DU REGIME INDEMNITAIRE A 45% ET 95% EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL A PLEIN-TRAITEMENT	11
Article 36 - Objet et définition de la garantie	11
Article 37 - Montant de la prestation	11
Article 38 - Règle de cumul	11
Article 39 - Point de départ du service de la prestation	12
Article 40 - Terme du versement de la prestation garantie	13
Article 41 - Pièces à fournir en cas de sinistre	13
GARANTIE PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE PERMANENTE	16
Article 42 - Objet et définition de la garantie	16
Article 43 - Montant de la prestation	16
Article 44 - Point de départ du service de la prestation	16
Article 45 - Pièces à fournir en cas de sinistre	16
GARANTIE DECES TOUTES CAUSES – PTIA TOUTES CAUSES.....	16
Article 46 - Objet et définition de la garantie	16
Article 47 - Montant de la prestation	16
Article 48 - Bénéficiaires.....	16
Article 49 - Terme du service de la prestation.....	17
Article 50 - Règlement de la prestation.....	17
Article 51 - Pièces à fournir en cas de sinistres	17
Article 52 - Garantie allocation frais d'obsèques	17
MODALITES DE GESTION.....	18
Article 53 - Assiette de la cotisation mutualiste	18
Article 54 - Montant de la cotisation.....	19
Article 55 - Périodicité du paiement des cotisations	19
Article 56 - Exonération du paiement des cotisations.....	11
Article 57 - Non-paiement des cotisations.....	19
GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES.....	20
Article 58 - Assistance liée aux Garanties prévoyance.....	20
Article 59 - Action sociale	20
Article 60 - Caution solidaire.....	20

PREAMBULE

Le contrat collectif conclu entre d'une part Intérieure (« la Mutuelle ») et d'autre part le CDG 06 est un contrat collectif à adhésion facultative.

Il a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure des Garanties prévoyance ainsi que des garanties et services complémentaires au bénéfice des agents des collectivités et établissements publics ayant adhéré à la convention de participation.

L'ensemble de ces garanties et services complémentaires est défini par la présente notice d'information.

LEXIQUE

- Le terme « Convention de participation » désigne la convention relative au financement des garanties de protection sociale complémentaire conclue entre le CDG 06 et la Mutuelle au titre du contrat collectif à adhésion facultative.

- Les « Collectivités adhérentes » sont les collectivités territoriales et les établissements publics ayant donné mandat au CDG 06 et qui ont adhéré au contrat collectif à adhésion facultative et à la convention de participation pour le risque prévoyance au profit de leurs agents.

- Le terme « Souscripteur » désigne collectivement le CDG 06 et les Collectivités adhérentes.

- Le terme « Membre participant » désigne la personne physique ayant adhéré au contrat collectif à adhésion facultative, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

- L'expression « Garanties prévoyance » désigne les garanties pouvant couvrir l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité permanente, la perte de retraite consécutive à une invalidité permanente, le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie.

- Le terme « Franchise » désigne la période qui suit la date du sinistre et qui n'est pas indemnisée par la Mutuelle.

- Le membre participant est considéré comme atteint d'une « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » ou « PTIA » lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies sans que la Mutuelle soit tenue à une éventuelle décision d'un tiers :

- l'invalidité dont il est atteint place le membre participant dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer un gain de profit ;
- l'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

- « L'Accident » s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants : rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux.

- Le terme « Délai de stage » est une période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise. Cette période commence à courir à compter du jour de l'adhésion. Les sinistres nés pendant le délai de stage, et leurs rechutes, ne sont pas indemnisés. Le délai de stage s'applique dans les conditions énoncées à la présente notice.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif

Les Collectivités adhérentes remettent aux membres participants ou futurs membres participants, avant leur adhésion au contrat, un bulletin d'adhésion et les Statuts de la Mutuelle et, en application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, une notice établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, les Collectivités adhérentes sont également tenues d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle, trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Concernant les garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs, les Collectivités adhérentes remettent aux membres participants une notice établie par l'organisme assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 2 - Population assurable

L'adhésion des agents des Collectivités adhérentes au contrat collectif est facultative.

Les agents pouvant adhérer au contrat collectif sont :

- les fonctionnaires, titulaires ou stagiaires à temps complet ou non,
- les agents non titulaires de droit public,
- les agents contractuels de droit privé,
- les agents détachés auprès des Collectivités adhérentes ;
- les agents mis à disposition, sous réserve d'obtenir l'autorisation de la collectivité dont ils dépendent.

Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion au contrat collectif

a. Conditions d'adhésion au contrat collectif

- I. Dans les 12 premiers mois de la date d'effet du contrat, de la date d'embauche ou de la date de reprise d'activité

- Tous les agents actifs en état normal de service, présents dans l'effectif ou nouvellement embauchés, peuvent adhérer aux garanties du contrat collectif sans limite d'âge, sans délai de stage, à la condition que leur adhésion ait été demandée dans les 12 mois qui suivent la

date de prise d'effet du contrat ou la date de leur embauche.

- L'agent en arrêt de travail à la date de prise d'effet du contrat ne pourra demander son adhésion qu'à compter du 31^{ème} jour de reprise effective d'activité. Les garanties prévues au contrat prendront effet au plus tôt à l'issue d'une période de 31 jours ininterrompus de travail.

- L'agent bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique ou qui n'était pas en activité normale de service à la date de prise d'effet du contrat pour des raisons autres que médicales (disponibilité d'office pour convenances personnelles, congé parental, congé sabbatique, congé pour présence parentale) pourra y adhérer sans condition particulière, sans délai de stage, à la condition que la demande d'adhésion soit faite dans les 12 mois qui suivent sa reprise d'activité. Ce délai commence à courir à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la reprise d'activité.

- L'agent justifiant de l'appartenance à un autre organisme assureur couvrant les mêmes risques, dans les mêmes conditions, pourra demander à bénéficier des garanties du présent contrat, au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat ou à la date de son embauche si elle est postérieure ou à la date de sa reprise d'activité à temps complet, à la condition que la radiation de son ancien contrat et son adhésion au présent contrat soient simultanées.

II. Au-delà des 12 premiers mois

- Au-delà de la période d'ouverture de 12 mois, le contrat reste ouvert sans délai de stage uniquement pour les nouveaux embauchés qui procèdent à leur demande d'adhésion (ou à la souscription d'une garantie optionnelle) dans les 12 mois suivant leur date de leur embauche.

- Les agents actifs en état normal de service à la date d'effet du contrat ou les agents nouvellement embauchés qui ont souhaité adhérer au contrat (ou souscrire à une garantie optionnelle) plus de 12 mois après, respectivement la date d'effet du contrat ou la date de leur embauche, verront leur adhésion soumise à un délai de stage de 6 mois. A ce titre, tout sinistre survenu pendant les 6 mois de stage ne donnera lieu à aucune indemnisation.

Il en va de même pour les agents en arrêt de travail, en temps partiel thérapeutique ou qui n'était pas en activité normale de service pour des raisons autres que médicales et qui adhèrent au contrat plus de 12 mois après leur reprise d'activité à temps complet.

- L'agent justifiant de l'appartenance à un autre organisme assureur couvrant les mêmes risques, dans les mêmes conditions, pourra demander à bénéficier des garanties du présent contrat, à la date de son embauche ou à la date de sa reprise d'activité à temps complet, à la condition que la radiation de son ancien contrat et son adhésion au présent contrat soient simultanées.

- Pour les agents ayant déjà adhéré au contrat, l'ajout d'une garantie optionnelle (hors couverture du régime indemnitaire) après la période d'ouverture est également soumis au délai de stage de 6 mois.

Le délai de stage court à compter de la date d'adhésion.

Le délai de stage est une période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, bien que le membre participant cotise. Les sinistres nés pendant le délai de stage, et leurs rechutes, ne sont pas indemnisés.

Par dérogation, le délai de stage ne s'applique pas à la garantie « Décès toutes causes / PTIA toutes causes » en cas de survenance d'un décès accidentel.

b. Formalités d'adhésion au contrat collectif

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- le bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, dûment complété, daté et signé ;
- une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide ;
- une demande de précompte sur traitement pour le paiement des cotisations ou, lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB ;
- le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme d'assurance prévoyance.

L'acceptation de l'adhésion sera notifiée au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront :

- la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative ;
- la date de prise d'effet des garanties.

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle, ainsi que de la présente notice d'information.

c. Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif

La date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif est :

- soit la date de prise d'effet du contrat collectif dans le cas d'une demande d'adhésion antérieure à ladite date ;
- soit le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives nécessaires. Toutefois, l'agent justifiant de l'appartenance à un autre organisme assureur couvrant les mêmes risques, dans les mêmes conditions, peut adhérer au présent contrat à la date d'effet de la résiliation de l'ancien contrat, et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat, ou à la date de son embauche, ou à la date de sa reprise d'activité à temps complet, sous réserve que la demande de radiation de l'ancien contrat et l'adhésion au présent contrat soient simultanées.

d. Prise d'effet des « Garanties prévoyance »

Sous réserve de la fourniture de l'ensemble des documents mentionnés à l'article 3.b de la présente notice d'information, les « Garanties prévoyance » prennent effet à la date de prise d'effet de l'adhésion du membre participant au contrat collectif, sauf application des délais de franchise et jours de carence prévues pour certaines garanties.

Sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, la Mutuelle prend en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion du membre participant au présent contrat collectif, y compris les rechutes.

e. Durée et renouvellement de l'adhésion au contrat collectif

L'adhésion du membre participant au contrat collectif est valable jusqu'au 31 décembre à minuit de l'année d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues aux articles 6 et 7 de la présente notice.

Article 4 - Faculté de renonciation

A compter de la date de prise d'effet de son adhésion au contrat collectif, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Exemple de lettre de renonciation :

*« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant au ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès d'Intériale et entend recevoir la restitution de la cotisation versée dans un délai de 30 jours calendaire à compter de la date de réception de la présente lettre.
(Date et signature de l'adhérent) ».*

La lettre de renonciation doit être adressée à la Mutuelle à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.

Toutefois, dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne pourra plus user de sa faculté de renonciation.

SUSPENSION ET TERME DES GARANTIES

Article 5 - Suspension des garanties

En cas de congé parental d'éducation, de congé de formation professionnelle, de congé pour convenances personnelles ou de mise en disponibilité d'office du membre participant pour des raisons autres que médicales, les garanties prévues au contrat sont suspendues de plein droit au jour de l'évènement.

La suspension des garanties s'achève à la reprise effective du travail de l'intéressé, sous réserve que la Mutuelle en soit informée par la Collectivité adhérente dans le délai de trois mois suivant cette reprise. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due à la Mutuelle.

Article 6 - Terme des garanties

Les garanties définies par la présente notice d'information prennent fin :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier du contrat ;
- à la date de prise d'effet de la dénonciation de l'adhésion du membre participant, dans les conditions prévues à l'article 7 de la présente notice ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues par la présente notice ;

- en cas de cessation d'activité pour le membre participant admis à faire valoir ses droits à la retraite ;
- à l'âge légal de départ à la retraite pour les garanties « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente », « Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente » et « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) » ;
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail », « Maintien du régime indemnitaire à 45% et 95% en cas d'incapacité temporaire totale de travail à plein-traitement », « Décès toutes causes » ;
- à la date du décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur ou la Mutuelle.

Dans tous les cas, le terme des garanties définies par la présente notice entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les membres participants.

Toutefois, en application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 7 - Dénonciation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif

a. Au 31 Octobre de chaque année

Conformément à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion, chaque année, en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 Octobre de chaque année.

L'adhésion du membre participant prend fin à la date d'échéance du contrat, soit le 31 Décembre à minuit suivant la date de réception de la lettre recommandée par la Mutuelle.

b. En cas de modification des droits et obligations

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, les Collectivités adhérentes sont tenues d'informer chaque membre participant en lui remettant la notice établie à cet effet par la Mutuelle, trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

MAINTIEN DES GARANTIES

Article 8 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat collectif

En cas de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur, la Mutuelle propose aux membres participants des garanties individuelles équivalentes à celles prévues audit contrat, sans questionnaire médical, et conformes aux taux pratiqués par elle au titre de sa politique commerciale générale, sous réserve qu'ils en

fassent la demande avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

Article 9 - Maintien des garanties en cas de mobilité du membre participant

Les garanties définies par la présente notice d'information sont maintenues en cas de mobilité du membre participant, autre que celle prévue à l'article L. 5111-7 du Code général des collectivités locales, sous réserve que le membre participant en fasse expressément la demande à la Mutuelle dans le mois qui suit la date de radiation des effectifs de la Collectivité adhérente.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 10 - Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant 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.

Article 11 - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre de la présente notice moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant.

A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

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

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 12 - Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

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

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 13 - Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle, à l'exception des opérations de cautionnement de prêts immobiliers, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 14 - Réclamations – Médiation

La Mutuelle accorde une grande importance aux remarques de ses membres participants et veille à leur apporter la meilleure qualité de service.

Si toutefois il existait une insatisfaction ou une difficulté avec la Mutuelle, le membre participant peut avoir recours :

- dans un premier temps à la procédure « Réclamations » ;
 - dans un deuxième temps, si la procédure « Réclamations » ne lui a pas donné satisfaction, à la procédure « Médiation ».
- a. Réclamations

Tout mécontentement d'un membre participant, d'un ayant droit ou d'un bénéficiaire peut être soumis à la Mutuelle.

Cette réclamation peut être adressée par voie postale, à l'adresse suivante :

INTERIALE
« PRESTATIONS PREVOYANCE CONTRAT COLLECTIF
INTERIALE –
CDG 06 »
TSA 91005
69303 LYON CEDEX 07

Une réponse sera apportée au plus tard dans les 45 jours suivant la réception de la demande.

b. Médiation

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de : Madame ou Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Article 15 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle auprès des membres participants sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet.

Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression sur les informations les concernant.

Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier, accompagné d'un justificatif d'identité, au siège social de la Mutuelle, à l'attention de la Direction Juridique.

Article 16 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle, conformément à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE

Article 17 - Garanties couvertes au titre du contrat collectif

Dans le cadre du contrat collectif, la Mutuelle propose aux membres participants différentes garanties de prévoyance :

- Des garanties de base obligatoires :
 - o Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
 - o Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente ;
- Des garanties optionnelles :
 - o Maintien du régime indemnitaire à 45 % en cas d'incapacité temporaire totale de travail lors du plein-traitement ;
 - o Maintien du régime indemnitaire à 95 % en cas d'incapacité temporaire totale de travail lors du plein-traitement ;
 - o Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente ;
 - o Décès toutes causes / PTIA toutes causes, complétée par une garantie « Allocation frais d'obsèques ».

Lors de leur adhésion au contrat collectif, les membres participants sont obligatoirement couverts au titre des garanties de base obligatoires.

Les membres participant peuvent souscrire, à tout moment, une ou plusieurs garanties optionnelles, dans les conditions prévues à l'article 18 de la présente notice d'information.

Le tableau récapitulatif des prestations figure à l'Annexe 1 de la présente notice d'information.

Article 18 - Modification des garanties optionnelles

Le membre participant en activité normale de service peut, à tout moment, choisir d'adhérer à une (ou plusieurs) garantie(s) optionnelle(s), moyennant le respect d'un délai de préavis d'au moins deux mois avant la date d'effet souhaitée, et sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception ou à l'aide du bulletin de modification prévu à cet effet.

La (ou les) garantie(s) optionnelle(s) à laquelle (ou auxquelles) le membre participant a adhéré prend (prennent) alors effet à la date d'effet souhaitée et au plus tôt le premier jour du deuxième mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le membre participant en arrêt de travail en raison d'un accident ou d'une maladie ou bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique ou qui n'est pas en activité normale de service (disponibilité d'office pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale) à la date de la demande ou à la date d'effet de l'adhésion ne peut adhérer à la (ou aux) garantie(s) optionnelle(s) proposée(s) par la Mutuelle.

Conformément à l'article 3.a de la présente notice d'information, l'adhésion à une (ou plusieurs) garantie(s) optionnelle(s) après la période d'adhésion de 12 mois est soumise à un délai de stage de 6 mois (hors couverture du régime indemnitaire).

Le membre participant peut également demander la résiliation d'une (ou de plusieurs) garantie(s) optionnelle(s) dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance du présent contrat collectif, soit le 31 Octobre de chaque année.

La résiliation de la (ou des) garantie(s) optionnelle(s) dont bénéficiait le membre participant prend alors fin à la date d'échéance du contrat collectif, soit le 31 Décembre à minuit.

Article 19 - Prestations

a. Base de garantie

I. Garantie « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail »

La base de calcul des prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail est définie comme étant :

- Pour les agents de droit public : la somme du Traitement Indiciaire net mensuel, de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle et du Régime Indemnitaire (RI) net mensuel que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge, le tout calculé sur la moyenne des trois derniers mois et multiplié par 12.

Le traitement indiciaire s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

Par Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI.

Par Régime Indemnitaire, il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération de l'employeur.

- Pour les agents de droit privé : la rémunération nette mensuelle et les primes et indemnités nettes mensuelles que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge, le tout calculé sur la moyenne des trois derniers mois et multiplié par 12.

- Pour les assistants maternels ou familiaux : le salaire net annuel des 12 derniers mois qui ont précédé l'arrêt de travail, complété des primes et indemnités nettes annuelles. Pour les adhérents ne disposant pas d'une année complète de rémunération, la base de garantie est définie comme étant la moyenne des salaires bruts perçus depuis la date de leur embauche jusqu'à la date de prise en charge, multipliée par 12.

Sont exclues les primes et indemnités ayant un caractère de remboursement de frais ou correspondant à un service particulier (indemnités horaires pour travaux supplémentaires, indemnités pour travaux dangereux, insalubres, indemnités d'astreinte).

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la base de calcul des prestations est définie comme étant, le montant net annuel que le membre participant a perçu au titre de l'année précédant la date de prise en charge.

II. Garantie « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente »

La base de calcul des prestations en cas d'invalidité permanente est définie comme étant :

- Pour les agents affiliés à la CNRACL :
 - o *pour le traitement* : l'indice brut retenu pour la liquidation de la pension d'invalidité, indiqué sur le décompte définitif de pension délivré par la CNRACL ;
 - o *pour le régime indemnitaire* : le régime indemnitaire brut annuel que le membre participant aurait perçu s'il n'avait continué à exercer son activité professionnelle à la date de prise en charge, indiqué sur l'attestation fournie par la Collectivité adhérente.

- Pour les agents affiliés à l'IRCANTEC :
 - o *pour le traitement ou salaire* : le salaire brut annuel que le membre participant aurait perçu s'il avait continué à exercer son activité professionnelle à la date de prise en charge, indiqué sur l'attestation fournie à cet effet par la Collectivité adhérente ;
 - o *pour le régime indemnitaire* : le régime indemnitaire brut annuel que le membre participant aurait perçu s'il avait continué à exercer son activité professionnelle à la date de prise en charge, indiqué sur l'attestation fournie à cet effet par la Collectivité adhérente.

Par Régime Indemnitaire, il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération de l'employeur.

Sont exclues les primes et indemnités ayant un caractère de remboursement de frais ou correspondant à un service particulier (indemnités horaires pour travaux supplémentaires, indemnités pour travaux dangereux, insalubres, indemnités d'astreinte).

III. Garanties maintien du régime indemnitaire à 45 % et 95 % en cas d'incapacité temporaire totale de travail à plein-traitement

La base de calcul des prestations est définie comme étant :

- Pour les agents de droit public : le Régime Indemnitaire (RI) net mensuel que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge, le tout calculé sur la moyenne des trois derniers mois et multiplié par 12.

Par Régime Indemnitaire, il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération de l'employeur.

- Pour les agents de droit privé : les primes et indemnités nettes mensuelles que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge, le tout calculé sur la moyenne des trois derniers mois et multiplié par 12.
- Pour les assistants maternels ou familiaux : les primes et indemnités nettes annuelles des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail. Pour les adhérents ne disposant pas d'une année complète de rémunération, la base de garantie est définie comme étant la moyenne des primes et indemnités brutes perçues depuis la date de leur embauche jusqu'à la date de prise en charge, multipliée par 12.

Sont exclues les primes et indemnités ayant un caractère de remboursement de frais ou correspondant à un service particulier (indemnités horaires pour travaux supplémentaires, indemnités pour travaux dangereux, insalubres, indemnités d'astreinte).

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la base de calcul des prestations est définie comme étant, le montant net annuel que le membre participant a perçu au titre de l'année précédant la date de prise en charge.

IV. Garantie « Décès toutes causes / PTIA toutes causes »

La base de calcul des prestations en cas de décès toutes causes / PTIA toutes causes est définie comme étant :

- Pour les agents de droit public : la somme du Traitement Indiciaire brut annuel et de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute annuelle que le membre participant aurait perçue s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge. Le traitement indiciaire s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

Par Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI.

- Pour les agents de droit privé : la rémunération brute annuelle que le membre participant aurait perçue s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

- Pour les assistants maternels ou familiaux : le salaire brut annuel de l'année N-1. Pour les adhérents ne disposant pas d'une année complète de rémunération, la base de garantie est définie comme étant la moyenne des salaires bruts perçus depuis la date de leur embauche jusqu'à la date de prise en charge, multipliée par 12.

b. Revalorisation du montant des prestations

En cours d'adhésion, les prestations versées au titre des garanties « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail » et « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente » sont revalorisées annuellement, à chaque 1^{er} janvier, par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique.

En cours d'adhésion, les prestations versées au titre de la garantie « Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente » sont revalorisées annuellement, à chaque 1^{er} janvier, selon les conditions fixées par la Direction de la Sécurité Sociale.

Les nouveaux montants ainsi calculés sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après revalorisation.

En cas de résiliation du contrat, toutes les prestations issues des sinistres survenus pendant la période d'exécution dudit contrat restent couvertes au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation. Les prestations ne sont plus revalorisées au-delà de la date de résiliation du contrat collectif.

Article 20 - Contrôle médical

Le dispositif précisé ci-après concerne les garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

La Mutuelle, par le service de son médecin conseil, peut effectuer un contrôle médical du membre participant et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé.

Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de la Mutuelle par un médecin désigné par ses soins. Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestations.

Le membre participant qui refuse de se soumettre à un contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

En cas de contestation de la décision du médecin conseil de la Mutuelle par le membre participant, ce dernier peut demander, dans le mois qui suit par lettre recommandée avec accusé de réception auprès de la Mutuelle, la constitution d'une commission d'arbitrage composée d'un médecin désigné par lui-même, d'un médecin désigné par la Mutuelle et d'un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

En cas de désaccord sur la désignation de ce troisième médecin, ce dernier est désigné, sur demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du lieu de domicile du membre participant. Les honoraires des trois médecins pour l'exercice de cette commission d'arbitrage sont à la charge de la Mutuelle, quelle que soit la décision prise. La décision prise par la commission d'arbitrage s'impose à la Mutuelle et au membre participant.

Article 21 - Changement de situation en cours de garantie

Le membre participant doit aviser sans délai la Mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir une incidence sur le bénéfice des garanties, et ce même en cas d'effet pécuniaire rétroactif.

Le membre participant devra produire à cet effet toutes pièces justificatives.

Il s'engage à rembourser spontanément à la Mutuelle toutes les sommes perçues à tort se rapportant aux périodes pendant lesquelles la prestation lui aura été versée, qu'elles aient fait ou non l'objet de rappels.

Article 22 - Risques exclus

Ne sont pas garanties par le contrat et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :

- du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant, de la tentative de suicide et du suicide survenu au cours de la première année d'adhésion,
- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
- de mutilation ou blessure volontaire, des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- de cataclysmes, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,
- d'usage de stupéfiants, de drogues, d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal toléré) ou d'ivresse manifeste, lorsque sa responsabilité est engagée,
- d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,

Par ailleurs, concernant spécifiquement la garantie « Décès toutes causes – PTIA toutes causes », ne sont pas garanties par le contrat et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :

- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné,
- du suicide ou de la tentative de suicide (survenu au cours de la 1^{ère} année d'adhésion) sauf si le membre participant était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an, sous réserve que le capital garanti par le nouveau contrat soit inférieur ou égal au capital constitutif garanti par l'ancien contrat, et que la radiation de l'ancien contrat et l'adhésion au présent contrat soient simultanées.

GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES

Pour toute demande de prestations, la Mutuelle assure la réception des demandes individuelles de paiement des prestations.

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être adressées à l'adresse suivante :

INTERIALE
« PRESTATIONS PREVOYANCE CONTRAT
COLLECTIF INTERIALE –
CDG 06 »
BP 80162
57005 METZ

Toute demande de prestations doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle le membre participant peut prétendre au paiement des prestations au titre de la garantie.

GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Article 23 - Objet et définition de la garantie

La Garantie maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail a pour objet de garantir aux membres participants en activité de service le versement d'indemnités journalières en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail, en cours de validité de leur adhésion au contrat.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout membre participant qui, avant la liquidation de sa pension de retraite et avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein :

- se trouve momentanément dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle, à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée, et d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail pour les agents contractuels soumis au régime de la Sécurité sociale ;
- et bénéficie, à ce titre, du maintien de tout ou partie de son traitement de son employeur en application du statut de la Fonction Publique Territoriale, ou perçoit des prestations du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou perçoit des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

La garantie est due si le membre participant est reconnu comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail et ne perçoit plus son plein traitement.

Article 24 - Montant de la prestation

- a) La Mutuelle garantit le versement d'indemnités journalières d'un montant unitaire égal à la différence entre :
- 95 % de la 360^{ème} part de la base de garantie définie à l'article 19.a.I de la présente notice d'information,

ET

- Le montant des indemnités journalières que le membre participant perçoit au titre de son arrêt de travail, soit :
 - le salaire ou traitement net que le membre participant continue à percevoir de son employeur ;

- le cas échéant, les primes et indemnités nettes que le membre participant continue à percevoir de son employeur ;
- les prestations en espèce nettes servies par l'assurance maladie obligatoire.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle garantit le versement d'une prestation d'un montant unitaire égal à la différence entre 95 % de la base de garantie définie à l'article 19.a.I et le montant des primes nettes que le membre participant continue à percevoir de son employeur.

Les éléments ci-dessus mentionnés sont appréciés par référence à la période d'interruption de travail à indemniser.

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

b) Règle de cumul

Le montant mensuel des indemnités journalières versées par la Mutuelle, augmenté du traitement net que le membre participant continue à percevoir de son employeur et des prestations nettes versées par tout organisme liquidateur, quelle que soit la nature juridique desdites prestations, ne peut excéder le produit du taux de couverture indiqué au présent article et la 360^{ème} part de la base de garantie nette.

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

Article 25 - Période de franchise

Le délai de carence légal court durant la période de franchise.

La présente garantie prévoyance intervenant en complément du régime obligatoire, la Mutuelle verse ses prestations :

I. Aux agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour ;
- en cas de congé de longue maladie, à partir du 366^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail ;
- en cas de congé de longue durée, à partir du 1 096^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail ;
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du 1 826^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail ;
- en cas de mise en disponibilité d'office pour des raisons de santé : après épuisement des droits statutaires à congé de maladie.

II. Aux agents titulaires et stagiaires affiliés à l'IRCANTEC :

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour ;
- en cas de congé de grave maladie, à partir du 366^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail ;
- en cas de mise en disponibilité d'office pour des raisons de santé : après épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire ou à congé de grave maladie ;

- en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : à partir du 91^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail.

III. Aux agents contractuels de droit public affiliés à l'IRCANTEC :

- en cas de maladie ordinaire :
 - Pour les agents ayant une ancienneté de moins de 4 mois à compter du 31^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail ;
 - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
 - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
 - Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie à compter du 366^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail ;
- en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : à compter du 31^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail.

IV. Aux agents contractuels de droit privé :

- à partir du 31^{ème} jour continu ou discontinu d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée ;
- à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Article 26 - Point de départ du service de la prestation

Sous réserve des délais de franchise et jours de carences et sauf application du délai de stage, la Mutuelle verse ses prestations :

- dès que les indemnités versées par l'employeur en application du Statut de la Fonction Publique Territoriale ne garantissent plus le maintien du traitement indiciaire net,
- dès que des indemnités sont versées au titre du régime obligatoire de Sécurité sociale et dès lors qu'il y a perte de rémunération subie par le membre participant du fait de son incapacité de travail.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle verse ses prestations annuellement dès qu'il y a perte subie par le membre participant du fait de son incapacité de travail.

Article 27 - Maintien du paiement du demi-traitement

Le paiement du demi-traitement est maintenu, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

Pendant toute la durée de la procédure requérant soit l'avis du comité médical, soit l'avis de la commission de réforme, soit l'avis de ces deux instances pour les agents en congé de longue maladie et les agents en congé de longue durée, le paiement du demi-traitement est maintenu jusqu'à la date de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou encore d'admission à la retraite.

Les indemnités journalières versées par la Mutuelle suivent le paiement du demi-traitement par la Collectivité adhérente, dans l'attente d'une décision des instances citées ci-dessus.

De même, et dans l'attente de la reconnaissance par la Collectivité adhérente ou par la Sécurité sociale d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le membre participant est maintenu en congé de maladie ordinaire et perçoit en cas de perte de traitement ou de salaire, des indemnités journalières de la Mutuelle.

Article 28 - Droits rétablis

En cas de rétablissement du plein-traitement par la Collectivité adhérente, à effet rétroactif, et pour la période indemnisée au titre des garanties accordées par la Mutuelle (agent en congé de longue maladie ou en congé de longue durée ou en congé de grave maladie ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnue), le membre participant rembourse obligatoirement les indemnités journalières versées par la Mutuelle.

Article 29 - Terme du versement de la prestation garantie

Outre les conditions de cessation des garanties définies par la présente notice d'information, le versement de la prestation garantie par la Mutuelle prend fin :

- à la date de la reprise d'activité du membre participant,
- au-delà de 1095 jours continus ou discontinus d'indemnisation par la Mutuelle,
- au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre des Statuts de la Fonction Publique ou par le régime obligatoire de la Sécurité sociale,
- à la date de liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite à taux plein par le régime de base du membre participant,
- à la date du décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant,
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein,

Article 30 - Pièces à fournir en cas de sinistre

a. Lors de la demande initiale d'indemnisation, le membre participant doit adresser à la Mutuelle :

- la demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- tout document à caractère administratif indiquant notamment la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre,
- un certificat médical attestant de l'incapacité temporaire de travail,

- les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur,
- les décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser,
- les trois derniers bulletins de salaire indiquant l'indice brut et le montant du plein traitement devant servir de base au calcul des prestations.

b. En cas de demande de prolongation d'indemnisation, le membre participant doit adresser à la Mutuelle :

- La demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée ;
- Tout document à caractère administratif indiquant notamment la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre, ...
- Les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur ;
- Les décomptes de paiement d'indemnités servies par le Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

Article 31 - Objet et définition de la garantie

La Garantie maintien du traitement en cas d'invalidité permanente a pour objet de garantir aux membres participants le versement de prestations en cas de survenance, en cours de validité de l'adhésion au contrat, du risque suivant : perte de traitement consécutive à un placement en Invalidité Permanente.

L'Invalidité Permanente est reconnue lorsque l'adhérent est dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie, d'accident de la vie privée, de maladie professionnelle, ou d'accident du travail, et remplit les conditions suivantes :

- pour les agents affiliés à la CNRACL : avoir été mis à la retraite pour une invalidité ;
- pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale : justifier d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale ou d'un taux d'incapacité d'au moins 60 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Le versement d'une prestation au titre de la présente garantie met fin au versement par la Mutuelle des prestations au titre de la Garantie maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

Article 32 - Montant de la prestation

a. La Mutuelle garantit le versement d'une rente mensuelle d'un montant au plus égal à la différence entre :

- 90 % du 12^{ème} de la base de garantie définit à l'article 19.a.II de la présente notice d'information ;

ET

- Les sommes que le membre participant perçoit au titre de son invalidité : prestations mensuelles servies par la CNRACL ou la Sécurité sociale à titre obligatoire.

b. Règle de Cumul

Le montant mensuel des prestations versées par la Mutuelle, augmentées des prestations mensuelles servies par la CNRACL, la Sécurité sociale, ou tout autre organisme liquidateur et quelle que soit la nature juridique desdites prestations ne peut excéder le produit du taux de couverture indiqué au présent article et le 12^{ème} de la base de garantie nette.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par la Mutuelle est réduite à due concurrence de ce dépassement.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par la Mutuelle au titre de l'Invalidité Permanente, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade et l'échelon et l'indice du membre participant étant figés à la date de constatation de l'Invalidité Permanente.

Article 33 - Point de départ du service de la prestation

La prestation de la Mutuelle est servie :

- Pour les membres participants affiliés à la CNRACL : à compter de la date de leur mise en retraite pour invalidité ;
- Pour les membres participants affiliés au régime général de la Sécurité sociale, à compter :
 - o de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité pour 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
 - o ou de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une rente d'incapacité pour un taux d'incapacité au moins égal à 60 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Lorsque la première mise en paiement par la CNRACL, la Sécurité sociale ou tout autre organisme liquidateur est effectuée en cours de mois, la prestation servie par la Mutuelle au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil. A compter du mois civil suivant, la Mutuelle garantit le versement d'une rente mensuelle d'un montant au plus égal au montant de prestation prévu à l'article 32.a de la présente notice.

Article 34 - Terme du service de la prestation

Outre les conditions de cessation des garanties prévues par la présente notice, le versement de la prestation par la Mutuelle cesse :

- le jour de la reprise d'une activité professionnelle même partielle du membre participant ;

- le jour du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant ;
- le jour de la liquidation de la pension vieillesse pour le membre participant (lorsque celui-ci relève du régime général de la Sécurité sociale) ;
- à l'âge légal de départ à la retraite.

Article 35 - Pièces à fournir en cas de sinistre

Toute demande de prestations est soumise à un contrôle administratif et le cas échéant, médical. La production des pièces justificatives est nécessaire mais non suffisante.

En cas d'invalidité permanente, le dossier complet doit être transmis à la Mutuelle. Le dossier comprend :

- la demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée,
- la carte nationale d'identité en cours de validité datée, signée et certifiée conforme par le membre participant. A défaut un extrait de naissance de moins de 3 mois comportant les mentions marginales,
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- un certificat médical d'incapacité définitive à l'exercice de toute activité professionnelle quelconque,
- les trois derniers bulletins de salaire du membre participant indiquant l'indice brut devant servir de base au calcul des prestations,
- une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé maladie,
- éventuellement, le décompte des prestations en cas d'Invalidité Permanente servies par d'autres organismes que la CNRACL ou la Sécurité sociale.

Pour les membres participants relevant de la Fonction Publique Territoriale :

- le décompte de liquidation de retraite pour invalidité permanente CNRACL mentionnant le taux d'invalidité et la date de mise à la retraite pour invalidité,
- les bulletins de paiement émanant de la CNRACL à l'ouverture des droits et à chaque début d'année.

Pour les membres participants relevant de la Sécurité sociale :

- la notification d'attribution d'une rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 60 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail ;
- les décomptes de paiement de la Sécurité sociale.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

GARANTIES MAINTIEN DU REGIME INDEMNITAIRE A 45% ET 95% EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL A PLEIN-TRAITEMENT

Article 36 - Objet et définition des garanties

Les Garanties maintien du régime indemnitaire à 45 % et à 95 % en cas d'incapacité temporaire totale de travail à plein-traitement ont pour objet de garantir aux membres participants en activité de service le versement d'indemnités en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail, en cours de validité de leur adhésion au contrat.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout membre participant qui, avant la liquidation de sa pension de retraite et avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein :

- est dans l'obligation de cesser toute activité professionnelle, à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée, et d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail pour les agents contractuels soumis au régime de la Sécurité sociale ;
- et bénéficie, à ce titre, du maintien de tout ou partie de son traitement de son employeur en application du statut de la Fonction Publique Territoriale, ou perçoit des prestations du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou perçoit des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

Les garanties sont dues si le membre participant est reconnu comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, perçoit son plein traitement mais que son régime indemnitaire est réduit ou suspendu.

Article 37 - Montant de la prestation

a. Maintien du régime indemnitaire à 45 %

La Mutuelle garantit le versement d'indemnités d'un montant unitaire égal à 45 % de la 360^{ème} part de la base de garantie définie à l'article 19.a.III de la présente notice d'information.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle garantit le versement d'une prestation d'un montant unitaire égal à 45 % de la base de garantie définie à l'article 19.a.III de la présente notice d'information.

Les éléments ci-dessus mentionnés sont appréciés par référence à la période d'interruption de travail à indemniser.

L'indemnité est calculée en 30^{ème} de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours.

b. Maintien du régime indemnitaire à 95 %

La Mutuelle garantit le versement d'indemnités d'un montant unitaire égal à 95 % de la 360^{ème} part de la base de garantie définie à l'article 19.a.III de la présente notice d'information.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle garantit le versement d'une prestation d'un montant unitaire égal à 95 % de la base de garantie définie à l'article 19.a.III de la présente notice d'information.

Les éléments ci-dessus mentionnés sont appréciés par référence à la période d'interruption de travail à indemniser.

L'indemnité est calculée en 30^{ème} de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours.

Article 38 - Règle de cumul

Le montant des indemnités versées par la Mutuelle augmenté, le cas échéant, du régime indemnitaire net que le membre participant continue à percevoir de son employeur ne peut excéder un montant égal à 100 % de la 360^{ème} part de la base de garantie nette.

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

Article 39 - Point de départ du service de la prestation

La Mutuelle verse ses prestations dès que le membre participant est reconnu comme atteint d'une incapacité temporaire totale de travail dans les conditions prévues à 36 de la présente notice d'information, et dès que le régime indemnitaire n'est plus maintenu intégralement par son employeur.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle verse ses prestations annuellement dès qu'il y a une perte subie par le membre participant du fait de son incapacité de travail.

Article 40 - Terme de service de la prestation

Outre les conditions de cessation des garanties définies par la présente notice d'information, le versement de la prestation garantie par la Mutuelle prend fin :

- à la date de versement de prestations par la Mutuelle au titre de la garantie de base obligatoire « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail », compte tenu de l'extinction de la période de franchise définie à l'article 25 de la présente notice d'information ;
- à la date de la reprise d'activité du membre participant,
- au-delà de 1095 jours continus ou discontinus d'indemnisation,
- au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre des Statuts de la Fonction Publique ou par le régime obligatoire de la Sécurité sociale,
- à la date de liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite à taux plein par le régime de base du membre participant,
- à la date du décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant,
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein.

Article 41 - Pièces à fournir en cas de sinistre

Lors de la demande initiale d'indemnisation, le membre participant doit adresser à la Mutuelle :

- la demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),

- tout document à caractère administratif indiquant notamment la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre,
- un certificat médical attestant de l'incapacité temporaire de travail,
- les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur,
- les décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser,
- les trois derniers bulletins de salaire à plein-traitement devant servir de base au calcul des prestations.

En cas de demande de prolongation d'indemnisation, le membre participant doit adresser à la Mutuelle :

- La demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée ;
- Tout document à caractère administratif indiquant notamment la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre, ...
- Les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur ;
- Les décomptes de paiement d'indemnités servies par le Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

GARANTIE PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE PERMANENTE

Article 42 - Objet et définition de la garantie

La garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente a pour objet de garantir aux membres participants le versement d'un capital forfaitaire en cas de perte de retraite due à la cessation d'activité anticipée consécutive à une invalidité permanente survenue avant la liquidation de la pension de retraite et avant l'âge légal de départ à la retraite.

La perte de retraite due à la cessation anticipée d'activité est appréciée à la date de constatation de l'invalidité permanente du membre participant.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque le membre participant est dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie, d'accident de la vie privée, de maladie professionnelle ou d'accident du travail et, remplit les conditions suivantes :

- Pour les agents affiliés à la CNRACL : avoir été mis à la retraite pour invalidité avant l'âge légal de départ à la retraite ;
- pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale : justifier d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale ou d'un taux d'incapacité d'au moins 60 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 43 - Montant de la prestation

Le montant du capital garanti est égal à trois fois le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Article 44 - Point de départ du service de la prestation

Dès réception de l'ensemble des pièces justificatives, la Mutuelle règle en une seule fois le capital garanti, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration ou en cas de non-paiement des cotisations.

Article 45 - Pièces à fournir en cas de sinistre

Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations.

A l'appui de la demande, le membre participant fournit le titre de pension de retraite ainsi qu'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

GARANTIE DECES TOUTES CAUSES – PTIA TOUTES CAUSES

Article 46 - Objet et définition de la garantie

La Garantie décès toutes causes - PTIA toutes causes a pour objet de garantir aux membres participants le versement d'un capital en cas de réalisation d'un des risques suivants :

- **Décès du membre participant survenant avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein,**
- **PTIA du membre participant survenant avant l'âge légal du départ à la retraite.**

Le membre participant est considéré comme atteint d'une « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » ou « PTIA » lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies sans que la Mutuelle ne soit tenue à une éventuelle décision d'un tiers :

- L'invalidité dont il est atteint place le membre participant dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer un gain ou profit ;
- L'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

Article 47 - Montant de la prestation

Le montant du capital garanti est au plus égal à 100 % de la base de garantie définie à l'article 19.a.IV de la présente notice, évaluée à la date du sinistre.

Article 48 - Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations :

- en cas de PTIA : le membre participant lui-même,
- en cas de décès : la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite du membre participant auprès de la Mutuelle, et formalisée dans le bulletin d'adhésion.

- en cas de décès ou PTIA : à la souscription, le membre participant peut choisir d'affecter le capital décès-PTIA à la couverture d'un prêt bancaire, en désignant comme bénéficiaire de tout ou partie du capital assuré l'organisme financier prêteur.

Sauf acceptation du bénéficiaire désigné dans les conditions prévues à l'article L.223-11-II du Code de la mutualité, le membre participant a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment, lorsqu'il le souhaite, notamment lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires ou de précédés de tous les bénéficiaires, le capital est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- le conjoint survivant du membre participant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou le cocontractant d'un PACS, ou le concubin notoire du membre participant ;
- à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant, vivants ou représentés ;
- à défaut, les petits-enfants du membre participant ;
- à défaut de descendants directs, par parts égales, les parents survivants du membre participant ;
- à défaut de ceux-ci, par parts égales, les grands-parents survivants du membre participant ;
- à défaut, par parts égales, les frères et sœurs du membre participant ;
- à défaut les héritiers du membre participant, selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

En l'absence d'héritiers, le capital est versé au fonds social de la Mutuelle.

Article 49 - Terme du service de la prestation

Outre les conditions de cessation définies par la présente notice d'information, la garantie cesse de produire ses effets :

- à la liquidation de la pension de retraite du membre participant et au plus tard à l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein en cas de poursuite d'activité du membre participant pour le risque décès ;
- à la liquidation de la pension de retraite du membre participant et au plus tard à l'âge légal du départ à la retraite du membre participant pour le risque PTIA.

Le paiement du capital au titre du décès ou de la PTIA du membre participant fait cesser la présente garantie.

Le paiement du capital au titre de la PTIA met fin à la garantie en cas de décès.

Article 50 - Règlement de la prestation

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, la Mutuelle règle les sommes dues dans un délai maximum de 30 jours sous réserve que les garanties ne soient pas suspendues ou résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de la présente notice d'information.

Article 51 - Pièces à fournir en cas de sinistres

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA. A l'appui de la demande, le (ou les) bénéficiaire(s) fournissent les pièces suivantes :

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès ;
- une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès ;
- tout document justifiant de la qualité du bénéficiaire ;
- un Relevé d'Identité Bancaire du (ou des) bénéficiaire(s) ;
- en cas de décès accidentel, toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et le décès et établissant la nature de l'accident.

En cas de PTIA :

- un certificat médical délivré par le médecin traitant du membre participant attestant qu'il est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date de reconnaissance de la PTIA ;
- une attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie quotidienne (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller) ;
- la notification de la Sécurité sociale ou l'avis de la Commission de réforme ;
- un Relevé d'Identité Bancaire ;
- en cas de PTIA accidentelle, toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et la PTIA et établissant la nature de l'accident.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

Article 52 - Garantie allocation frais d'obsèques

a. Objet et définition de la garantie

La garantie allocation frais d'obsèques ne peut être souscrite sans la garantie décès toutes causes / PTIA toutes causes.

La présente garantie est une garantie temporaire décès.

Elle a pour objet de garantir le versement d'une allocation forfaitaire en vue de participer au financement des frais d'obsèques, en cas de décès du membre participant actif.

b. Conditions d'octroi

L'allocation obsèques est versée à l'occasion du décès du membre participant actif survenu avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein.

c. Bénéficiaires de la garantie

En premier lieu, le bénéficiaire de la garantie est la personne physique ou morale qui a engagé les frais liés aux obsèques du membre participant ou l'organisme de pompes funèbres mandaté pour l'organisation des funérailles de celui-ci dans la limite des frais engagés.

Le cas échéant, la part de l'allocation non affectée aux frais d'obsèques revient à la ou les personnes visées à l'article 48 de la présente notice ayant fait l'objet d'une désignation écrite du membre participant auprès de la Mutuelle, et formalisée dans le bulletin d'adhésion.

Sauf acceptation du bénéficiaire désigné dans les conditions prévues à l'article L.223-11-II du Code de la mutualité, le membre participant a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire à tout moment, lorsqu'il le souhaite, notamment lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires ou de précédés de tous les bénéficiaires, l'allocation obsèques est attribuée selon l'ordre de priorité suivant :

- le conjoint survivant du membre participant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou le cocontractant d'un PACS, ou le concubin notoire du membre participant ;
- à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant, vivants ou représentés ;
- à défaut, les petits-enfants du membre participant ;
- à défaut de descendants directs, par parts égales, les parents survivants du membre participant ;
- à défaut de ceux-ci, par parts égales, les grands-parents survivants du membre participant ;
- à défaut, par parts égales, les frères et sœurs du membre participant ;
- à défaut les héritiers du membre participant, selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

Si les frais d'obsèques du membre participant ont été engagés par plusieurs personnes, l'allocation obsèques sera versée à l'ensemble des débiteurs au prorata des sommes avancées.

d. Montant de l'allocation

Le montant de l'allocation obsèques est égal à 100 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Le montant versé ne peut excéder le montant indiqué ci-avant.

e. Pièces à fournir en cas de sinistre

La demande de versement de l'Allocation obsèques devra être faite par écrit et envoyée à la Mutuelle, accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- une copie du certificat de décès du membre participant,
- tout document justifiant de la qualité de bénéficiaires,
- une copie de la pièce d'identité du bénéficiaire,
- une copie de la (ou des) facture(s) acquittée(s) au titre des obsèques,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) de la personne bénéficiant de l'allocation.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

f. Règlement de la prestation

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, la Mutuelle règle les sommes dues dans un délai maximum de 30 jours sous réserve que les garanties ne soient pas suspendues ou résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 57 de la présente notice d'information.

g. Rachat - Réduction - Participation aux bénéfices

Le contrat collectif est un contrat à fonds perdus et ne comporte ni faculté de rachat, ni valeur de réduction, ni participation aux bénéfices.

MODALITES DE GESTION

Article 53 - Assiette de la cotisation mutualiste

a. Garanties « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail » et « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente »

Le traitement de référence servant de base au calcul des cotisations afférentes aux garanties « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail » et « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente » est défini comme étant :

- Pour les agents de droit public : la somme du traitement Indiciaire Brut (TIB) annuel, de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute annuelle et du Régime Indemnitare (RI) brut annuel.
Le traitement indiciaire s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

Par Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI.

Par Régime Indemnitare (RI), il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération de l'employeur.

- Pour les agents de droit privé : la rémunération brute annuelle et les primes et indemnités brutes annuelles.
- Pour les assistants maternels ou familiaux : le salaire brut annuel de l'année N-1, complété des primes et indemnités brutes annuelles. Pour les adhérents ne disposant pas d'une année complète de rémunération, l'assiette de cotisation est définie comme étant la moyenne des salaires bruts perçus depuis la date de leur embauche jusqu'à la date de leur adhésion au contrat collectif, multipliée par 12.

Sont exclues les primes et indemnités ayant un caractère de remboursement de frais ou correspondant à un service particulier (indemnités horaires pour travaux supplémentaires, indemnités pour travaux dangereux, insalubres, indemnités d'astreinte).

b. Garanties maintien du régime indemnitaire à 45% et à 95% en cas d'incapacité temporaire totale de travail à plein-traitement

Le traitement de référence servant de base au calcul des cotisations afférentes aux garanties maintien du régime indemnitaire à 45 % et 95 % en cas d'incapacité temporaire totale de travail est défini comme étant :

- Pour les agents de droit public : le Régime Indemnitaire (RI) brut annuel.

Par Régime Indemnitaire (RI), il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération de l'employeur.

- Pour les agents de droit privé : les primes et indemnités brutes annuelles.
- Pour les assistants maternels ou familiaux : les primes et indemnités brutes annuelles de l'année N-1. Pour les adhérents ne disposant pas d'une année complète de rémunération, l'assiette de cotisation est définie comme étant la moyenne des salaires bruts perçus depuis la date de leur embauche jusqu'à la date de leur adhésion au contrat collectif, multipliée par 12.

Sont exclues les primes et indemnités ayant un caractère de remboursement de frais ou correspondant à un service particulier (indemnités horaires pour travaux supplémentaires, indemnités pour travaux dangereux, insalubres, indemnités d'astreinte).

c. Garanties « Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente » et « Décès toutes causes / PTIA toutes causes »

Le traitement de référence servant de base au calcul des cotisations afférentes aux garanties « Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente » et « Décès toutes causes / PTIA toutes causes » est défini comme étant :

- Pour les agents de droit public : la somme du traitement Indiciaire Brut (TIB) annuel et de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute annuelle.

Le traitement indiciaire s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

Par Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI.

- Pour les agents de droit privé : la rémunération brute annuelle.
- Pour les assistants maternels ou familiaux : le salaire brut annuel de l'année N-1. Pour les adhérents ne disposant pas d'une année complète de rémunération, l'assiette de cotisation est définie comme étant la moyenne des salaires bruts perçus depuis la date de leur embauche jusqu'à la date de leur adhésion au contrat collectif, multipliée par 12.

Article 54 - Montant de la cotisation

Le montant des cotisations figure à l'Annexe 2 de la présente notice d'information.

Article 55 - Périodicité et modalités de paiement des cotisations

L'ouverture des droits à prestations est subordonnée au paiement des cotisations annuelles afférentes aux garanties prévoyance dont bénéficie le membre participant au titre du contrat collectif.

Les cotisations annuelles, exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation, font l'objet d'un précompte mensuel sur le traitement ou sur le salaire du membre participant par les Collectivités adhérentes.

Lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, la cotisation est acquittée directement, à terme échu, par le membre participant par prélèvement mensuel effectué sur son compte bancaire. Tout mois commencé est dû.

Article 56 - Exonération du paiement des cotisations

En cas de versement par la Mutuelle d'une rente au titre de la garantie « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente » ou de la garantie « Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente », le membre participant bénéficie d'une exonération du paiement des cotisations prévues au présent contrat collectif.

Article 57 - Non-paiement des cotisations

a. Cotisation précomptée par les Collectivités adhérentes

Conformément à l'article L. 221-8-I du Code de la mutualité, lorsque les Collectivités adhérentes assurent le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure des Collectivités adhérentes.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la Collectivité adhérente, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par la Collectivité adhérente est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à la Collectivité adhérente pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Si le retard de paiement est imputable aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations, la Mutuelle s'engage à ne pas appliquer la procédure décrite ci-dessus.

b. Cotisation non précomptée par les Collectivités adhérentes

Conformément à l'article L.221-8-II du Code de la mutualité, lorsque les Collectivités adhérentes n'assurent pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies par le présent contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le membre participant.

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

Article 58 - Assistance liée aux Garanties prévoyance

La Mutuelle a souscrit au profit de ses membres participants un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES* ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA ASSURANCES, différentes prestations d'assistance en matière de prévoyance.

**IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – CS 40000 – 79033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.*

Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants assurés au titre du contrat collectif.

Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance liée aux Garanties prévoyance est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

La notice d'information du contrat est reproduite en annexe de la présente notice d'information.

Article 59 - Action sociale

La Mutuelle met en œuvre au bénéfice de ses membres participants une action sociale consistant notamment en la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou en situation de handicap.

La Mutuelle peut accorder des allocations ou aides diverses au titre de son action sociale.

Les aides au titre de l'action sociale sont accordées en considération de la situation personnelle du membre participant.

Ces aides ou allocations ont un caractère annuel, non rétroactif et non définitif.

Le montant de la cotisation afférente aux activités d'action sociale est inclus dans la cotisation afférente à la Garantie maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

L'action sociale de la Mutuelle est définie par la notice d'information annexée à la présente notice.

Article 60 - Caution solidaire

Dans le cadre de son action en faveur du logement, la Mutuelle fait bénéficier ses adhérents d'un service de cautionnement de prêts immobiliers.

Le partenaire de la Mutuelle propose une caution en garantie des prêts immobiliers afin de faciliter l'accès à la propriété.

Cette garantie évite les frais d'hypothèque.

De plus les adhérents peuvent bénéficier dans ce cadre d'un taux d'assurance décès, incapacité, invalidité et chômage parmi les plus bas du marché.

Annexe 1 – Prestations

GARANTIES PREVOYANCE	NIVEAU DES PRESTATIONS
<i>Garanties obligatoires</i>	
Maintien du traitement cas d'incapacité totale de travail	95 % TIN + NBI nette + RIN
Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente	90 % TIN + NBI nette + RIN
<i>La Mutuelle intervient à compter du passage à demi-traitement. Pour le RIN, la Mutuelle intervient en complément ou à défaut du maintien du régime indemnitaire.</i>	
<i>Garanties optionnelles</i>	
Maintien du régime indemnitaire à 45 % en cas d'incapacité temporaire totale (lors du plein-traitement)	45 % RIN en complément ou à défaut du régime indemnitaire versé par l'employeur
Maintien du régime indemnitaire à 95 % en cas d'incapacité temporaire totale (lors du plein-traitement)	95 % RIN en complément ou à défaut du régime indemnitaire versé par l'employeur
Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	3 fois le PMSS
Décès toutes causes / PTIA toutes causes + Allocation frais d'obsèques	100 % TIB + NBI bruts annuels 100 % du PMSS
<i>La Mutuelle intervient dès le premier jour d'arrêt de travail en cas d'adhésion aux garanties optionnelles « Maintien du régime indemnitaire à 45 % en d'incapacité temporaire totale (lors du plein-traitement) » et « Maintien du régime indemnitaire à 95 % en cas d'incapacité temporaire totale (lors du plein-traitement) »</i>	

TIN : Traitement Indiciaire Net

NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire

RIN : Régime Indemnitaire Net

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Annexe 2 – Cotisations

GARANTIES PREVOYANCE	TAUX DES COTISATIONS
<i>Garanties obligatoires</i>	
Maintien du traitement cas d'incapacité totale de travail	1,08 % TIB + NBI brute + RIB
Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente	0,61 % TIB + NBI brute + RIB
<i>Garanties optionnelles</i>	
Maintien du régime indemnitaire à 45 % en cas d'incapacité temporaire totale (lors du plein-traitement)	1,16 % RIB
Maintien du régime indemnitaire à 95 % en cas d'incapacité temporaire totale (lors du plein-traitement)	2,47 % RIB
Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	0,12 % TIB + NBI brut
Décès toutes causes / PTIA toutes causes + Allocation frais d'obsèques	0,31 % TIB + NBI brut

TIB : Traitement Indiciaire Brut

NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire

RIB : Régime Indemnitaire Brut

Notice d'information Assistance Prévoyance

CONVENTION D'ASSISTANCE PREVOYANCE

PREAMBULE

La convention assistance prévoyance présentée ci-après, souscrite par Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège sociale est situé 32 rue Blanche - 75009 Paris, auprès d'IMA ASSURANCES se propose d'apporter aux membres participants de la mutuelle INTERIALE, adhérent à un contrat collectif à adhésion facultative « Garanties Prévoyance Garanties et services complémentaires », des garanties d'assistance prévoyance.

Les garanties « assistance prévoyance » sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

DEFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la Convention, entendus avec les acceptions suivantes :

◆ **ADHERENT**

Le Membre Participant d'Intériale, personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie.

◆ **BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE**

Tout Membre Participant de la mutuelle Intériale domicilié en France (dénommé adhérent dans le cadre de la présente convention d'assistance prévoyance) souscrivant à une des garanties prévoyance d'Intériale dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative ainsi que ses proches lorsqu'ils sont spécifiés dans les garanties.

◆ **CONJOINT**

Le conjoint non séparé, son concubin notoire, son cosignataire d'un PACS.

◆ **DOMICILE**

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

◆ **FRANCE**

France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM à l'exception de Mayotte (soit Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane).

◆ **ITT (Incapacité Temporaire Totale)**

L'incapacité temporaire totale de travail est une incapacité médicalement reconnue mettant l'adhérent dans l'impossibilité complète et continue (à la suite d'une maladie ou d'un accident) de se livrer à son activité professionnelle.

◆ **INVALIDITE**

Est considéré en Invalidité

- Un Adhérent relevant du régime de la Fonction Publique Territoriale mis à la retraite pour une invalidité l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle, et percevant à ce titre une pension de retraite de l'organisme liquidateur auquel il est affilié ;
- Un Adhérent relevant du régime général de la Sécurité Sociale, soit atteint d'une invalidité d'au moins 66% l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle et entraînant son classement en deuxième ou troisième catégories Sécurité Sociale, soit atteint d'une incapacité d'au moins 66% suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et l'empêchant aussi d'exercer une quelconque activité professionnelle, et percevant des prestations à ce titre du régime général de Sécurité Sociale.

◆ **PROCHE**

Les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint de droit ou de fait, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du bénéficiaire ou à défaut, toute personne désignée comme tel par l'adhérent.

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE DES GARANTIES

La présente garantie « assistance prévoyance » est une garantie en inclusion au sens de l'article L221-3 du code de la mutualité et bénéficie au Membre Participant d'Intériale qui remplit les conditions prévues à la définition « Bénéficiaires des garanties d'assistance ».

Une résiliation par le Membre Participant de son adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de la Mutuelle Intériale entraînera automatiquement une résiliation de son adhésion à la présente garantie « assistance prévoyance ».

La fin de la présente garantie « assistance prévoyance » sera alors concomitante à la fin de l'adhésion du Membre Participant à la mutuelle Intériale.

De même si le Membre Participant cesse de bénéficier des Garanties Prévoyance Intériale au titre du contrat collectif auquel il a adhéré, la garantie « assistance prévoyance » liée à ces garanties prévoyance cessera concomitamment et à la même date.

1.2 RESILIATION

Les garanties « assistance prévoyance » cessent dans les conditions exposées à l'article 1-1 ci-dessus et tout événement survenu après la date de fin des garanties « assistance prévoyance » ne sera pas pris en charge. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait

été engagée avant la date de fin des garanties « assistance prévoyance », elle sera menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 SUBROGATION

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions de l'adhérent contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place de l'adhérent les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.4 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1er En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2e En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article [2254](#) du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles l'adhérent peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à INTERIALE Mutuelle.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - 79000 NIORT ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAIT GENERATEUR

Les garanties de la présente Convention s'appliquent :

- En cas d'ITT ou d'invalidité pour l'article 4 et 5
- En cas d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie pour l'article 6 ;
- En cas de décès pour l'article 7.

2.2 TERRITORIALITE

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) à l'exception de Mayotte.

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine
- si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence de l'adhérent.

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

0 801 803 100

IMA Assurances apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.4 PIECES JUSTIFICATIVES

La mise en œuvre des garanties par IMA Assurances est soumise à la transmission préalable d'un justificatif d'invalidité, d'ITT ou d'un certificat de décès.

3. LIMITATIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DELAÏ DE DEMANDE D'ASSISTANCE

- Pour les garanties mentionnées aux articles 4, 5 et 6, le délai de demande d'assistance est de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation).

- Pour les garanties mentionnées à l'article 7, le délai de demande d'assistance, à compter du décès, est de :

- 15 jours au point 7.2.1 et 7.2.2.
- 8 jours au point 7.2.3.

3.1 DELAÏ DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Pour les garanties mentionnées aux articles 4, 5 et 6, l'assistance est accordée pendant un délai maximum de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

3.2 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où l'adhérent aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties les ITT ou les invalidités consécutives à des hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,

- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences,
- consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire de l'adhérent (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

4. INFORMATIONS ET CONSEILS A DISPOSITION DE L'ADHERENT OU DE SES PROCHES EN CAS D'ITT OU D'INVALIDITE

4.1. INFORMATIONS MEDICALES

Une équipe médicale communique 24h/24 sur simple appel des informations et conseils médicaux à l'adhérent ou ses proches sur les domaines suivants :

- Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

4.2. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

A tout moment, afin d'aider l'adhérent ou ses proches souhaitant obtenir des informations juridiques relative à une ITT ou une invalidité, IMA ASSURANCES met à la disposition des bénéficiaires du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

A titre d'exemple, les domaines concernés sont les suivants : famille, santé, retraite, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance dépendance, choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...).

4.3 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'évènements traumatisants, tels qu'un accident ou une maladie grave, affectant l'adhérent ou son conjoint IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'évènement.

5. GARANTIES EN CAS D'ITT OU D'INVALIDITE DE L'ADHERENT

5.1 AIDE MENAGERE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue au domicile d'une aide-ménagère qui a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 30 jours.

5.2 AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI

IMA ASSURANCES propose à l'adhérent une aide au retour à l'emploi suite à une ITT.

L'objet de cette prestation est de permettre à l'adhérent, d'envisager et mettre en œuvre son projet professionnel, son retour à l'emploi.

Elle comporte :

1 – Systématiquement : une pré-évaluation à distance par téléphone par des professionnels Travailleurs Sociaux et Ergothérapeutes afin de procéder à un recueil de données sur la situation de la personne (familiale, administrative, professionnelle,...), ses capacités/incapacités et contraintes liées à son état de santé, l'étude du cursus scolaire et professionnel, les ressources et freins existants,... , de réaliser une analyse et de proposer un plan d'action soumis à la personne et à l'ensemble des interlocuteurs concernés en fonction des situations (médecin du travail, manager, service social,...).

2 – La mise en œuvre individualisée de ce qui aura été proposé dans le plan d'action via la coordination, le case management, les entretiens téléphoniques ou visites sur sites (employeur, structures et services spécialisés, ergonome, formateurs en cas de reconversion),...avec l'ensemble des interlocuteurs et organismes dédiés : Cap Emploi et SAMETH, centres de bilans de compétence, équipes COMETE, service sociaux, MDPH, médecin du travail,...

La prestation est limitée à 2 entretiens téléphoniques par mois sur 12 mois et/ou 3 visites (domicile, employeur..) sur 12 mois.

6. GARANTIES A DISPOSITION DE L'ADHERENT OU DE SES PROCHES EN CAS D'INVALIDITE

6.1. CONSEIL SOCIAL

Sur la demande de l'adhérent ou de ses proches, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation, de 1 à 5 entretiens téléphoniques par année par foyer avec un Travailleur Social ou un Assistant Social. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

A titre d'exemple : le Travailleur Social soutient la personne, conseille sur les démarches liées à l'invalidité (aides financières, organismes compétents, procédure de demande, dossiers administratifs à constituer), donne des informations personnalisées sur les acteurs médicaux-sociaux.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date du premier entretien.

*titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale

6.2. RELAIS SERVICE A LA PERSONNES

Sur la demande de l'adhérent ou de ses proches, IMA ASSURANCES peut mettre en relation l'adhérent ou l'un de ses proches avec une plateforme de services à la personne.

Les prestations qui pourront être mises en œuvre par cette plateforme restent à la charge du bénéficiaire.

7. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES

7.1 AIDE A L'ORGANISATION DES OBSEQUES

En cas de décès de l'adhérent, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques (aide aux démarches et mise en relation avec un de ses prestataires) et faire l'avance des frais y afférents.

La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

7.2 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS EN CAS DE DECES

7.2.1 Le déplacement d'un proche pour la garde

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants au domicile dans les 15 jours qui suivent le décès.

7.2.2 Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour en France des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir, dans les 15 jours qui suivent le décès.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

7.2.3 La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dans les 8 jours suivant le décès, la garde des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 6 heures par jour réparties sur une période maximale de 8 jours.

Notice d'information

Action Sociale

Dans le cadre du budget voté annuellement par l'Assemblée générale d'Intérieure (« la Mutuelle »), la commission en charge de l'action sociale peut, sous conditions, accorder aux membres participants ou à leurs ayants droit, des aides financières à la mutualisation, ainsi que des aides financières diverses.

CHAPITRE 1 - AIDES À LA MUTUALISATION

Par délégation du Conseil d'administration, la commission peut, au titre de son action sociale et dans le cadre du budget voté annuellement par l'Assemblée générale, prendre en charge tout ou partie du montant de la cotisation des membres participants.

Article 1 - Cotisation due au titre des contrats « rente survie »

Lorsque la situation matérielle d'enfants en situation de handicap est de nature à aggraver leur affliction, la Mutuelle peut prendre en charge tout ou partie de la cotisation due par le membre participant au titre du « Contrat d'assurance collective de rente survie » (Contrat n° 7452 A) assuré par CNP Assurances et au titre de la « Garantie rente survie enfance handicapée » assurée par la Mutuelle.

CHAPITRE 2 - AIDES FINANCIERES DIVERSES

Article 2 - L'aide « intervention de police »

L'aide « intervention de police » peut être accordée par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, agent du Ministère de l'Intérieur, au cours de son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute, a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures.

Le montant maximum pouvant être accordé est de 500 € par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure est survenue durant son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute,
- toute pièce justifiant que la blessure est survenue durant son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute,
- une attestation d'hospitalisation.

Article 3 - L'aide « intervention de police municipale »

L'aide « intervention de police municipale » peut être accordée par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, agent de la police municipale, au cours de son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute, a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures.

Le montant maximum pouvant être accordé au titre de l'aide est de 500 € par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure est survenue durant son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute,
- toute pièce justifiant que la blessure est survenue durant son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute,
- une attestation d'hospitalisation.

Article 4 - L'aide « intervention Sapeur-pompier professionnel »

L'aide « intervention Sapeur-pompier professionnel » peut être accordée par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, au cours de l'exercice de sa mission de sapeur-pompier professionnel (intervention de secours aux personnes, incendie, etc.) a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures.

Le montant maximum pouvant être accordé au titre de l'aide est de 500 € par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure est survenue durant l'exercice de sa mission de sapeur-pompier professionnel,
- toute pièce justifiant que la blessure est survenue durant l'exercice de sa mission de sapeur-pompier professionnel,
- une attestation d'hospitalisation.

Article 5 - L'aide « dépendance »

L'aide « dépendance » peut être accordée par la Mutuelle aux membres participants et à leurs conjoints non couverts ou non indemnisés par une garantie en cas de dépendance assurée par la Mutuelle, ou un contrat dépendance distribué par la Mutuelle, et classés dans un GIR allant de 1 à 3 inclus et ce en application de la grille AGGIR.

La commission se réunit, statue sur le dossier et fixe le montant de l'aide.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 6 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt installation

La Mutuelle peut apporter son aide aux membres participants qui souhaitent souscrire un prêt pour financer la caution locative, le dépôt de garantie, les frais de déménagement, l'achat de meubles, etc., dans le cadre d'une installation.

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts d'un montant maximum de 2700 €, et d'une durée minimum de 6 mois et de maximum 36 mois.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 7 - L'aide financière exceptionnelle

Une aide exceptionnelle peut être attribuée au membre participant par la Mutuelle en cas de circonstances difficiles exceptionnelles (décès d'un enfant, intempéries, etc.).

Une aide exceptionnelle peut aussi être attribuée aux ayants droit d'un membre participant de moins de 20 ans en cas de décès de celui-ci.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide financière allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés, étant précisé qu'en cas de décès d'un membre participant de moins de 20 ans ou d'un enfant ayant droit de moins de 20 ans, le maximum pouvant être alloué est de 1 200 €.

Article 8 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt social

La Mutuelle peut apporter son aide aux membres participants à faibles revenus ou en situation financière difficile, qui souhaitent souscrire un prêt pour financer des projets de vie dans un cadre social ou des dépenses liées à des intempéries qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de leur famille.

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts d'un montant maximum de 4000 €, et d'une durée minimum de 6 mois et de maximum 36 mois.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.