RÈGLEMENT MUTUALISTE
PRÉVOYANCE PRÉVI TERRITORIAUX+

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669

Mis à jour par l'Assemblée Générale du 20 juin 2024

Mis à jour par le Conseil d'administration du 11 décembre 2025

Table des matières

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES 3

Article 1 : Informations générales sur la Mutuelle 3
Article 2 : Objet du Règlement 3
Article 3 : Population assurable 3
Article 4 : Information sur le Règlement et ses modifications 3
Article 4.1 : Modalités 3
Article 4.2 : Informations 3
Article 4.3 : Support durable 3
Article 5 : Garanties 3
Article 6 : Modalités d'adhésion 3
Article 7 : Réticence et fausse déclaration 4
Article 8 : Date d'effet 5
Article 9 : Résiliation des garanties 5
Article 10 : Cessation des garanties 5
Article 11 : Cotisation 5
Article 12 : Participation de la collectivité territoriale au paiement de la cotisation de son agent 5
Article 13 : Indus et subrogation 5
Article 13.1 : Indus 5
Article 13.2 : Subrogation 5
Article 14 : Changement de situation du membre participant 5
Article 15 : Modification, déclaration du risque et prescription 6
Article 15.1 : Déclaration du risque 6
Article 15.2 : Prescription 6
Article 16 : Réclamations 6
Article 17 : Informatique et Libertés 6
Article 18 : Loi et langue applicable 6
Article 19 : Territorialité 6
Article 20 : Contrôle 7
Article 20.1 : Contrôle médical 7
Article 20.2 : Litiges médicaux 7
Article 21. Exclusions de risques communes à toutes les garanties 7

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL 8

Article 22 : Objet de la garantie 8
Article 23 : Modification du niveau de la garantie 8
Article 24 : Montant de la prestation 8
Article 25 : Franchises 8
Article 26 : Date limite de l'indemnisation et limitations 9
Article 27 : Règlement - Constitution des dossiers 9
Article 28 : Garantie Capital Décès en inclusion 9
Article 28.1 : Les bénéficiaires en cas de décès 9
Article 28.2 : La garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) 9
Article 28.3 : Paiement des prestations 9
Article 28.4 : Revalorisations des capitaux décès 10

GARANTIE MAINTIEN DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL 10

Article 29 : Objet de la garantie 10
Article 30 : Modification du niveau de la garantie 10
Article 31 : Montant de la prestation 10
Article 32 : Franchise 10
Article 33 : Date limite de l'indemnisation et limitations 10

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE 10

Article 34 : Montant de la prestation 10
Article 35 : Montant de la prestation 11
Article 36 : Versement de la prestation 11

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Article 1 : Informations générales sur la Mutuelle

La Mutuelle PREVIFRANCE (ci-après dénommée « la Mutuelle ») est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669. Son siège social est situé 80 rue Matabiau – BP 71269 - 31 012 Toulouse Cedex 6. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès.

La Mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9

Article 2 : Objet du Règlement

Le présent règlement a pour objet d'assurer au membre participant le versement de prestations Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).

Le membre participant peut en outre adhérer à l'une des garanties suivantes :

- Option Garantie Maintien des primes en cas d'incapacité temporaire totale de travail,
- Option Capital en cas d'invalidité permanente.

Ces garanties sont complémentaires à la protection sociale de base obligatoire des membres participants.

Le règlement définit les droits et obligations des membres participants et de la Mutuelle au titre des présentes garanties, en matière de cotisations et de prestations.

Les droits et obligations de la Mutuelle et des membres participants résultent de l'application cumulative :

- Des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
- Des statuts de la Mutuelle,
- Du présent règlement mutualiste Prévoyance Prévi Territoriaux,
- Du certificat d'adhésion formalisant les particularités prévues dans le bulletin d'adhésion et dans ses éventuels avenants.

Article 3 : Population assurable

Conformément aux textes législatifs et règlementaires relatifs à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, le bénéfice des dispositifs du présent règlement est réservé aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Article 4 : Information sur le Règlement et ses modifications

Article 4.1 : Modalités

Le présent règlement peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou adoptée par le Conseil d'Administration s'il a reçu délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article L114-11 du Code de la Mutualité ; dans ce cas-là, il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Les prestations et les cotisations peuvent être modifiées par l'Assemblée Générale, ou sur délégation par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Article 4.2 : Informations

Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle ; elles sont applicables dès qu'elles leur ont été notifiées.

Cette notification pourra être effectuée par une insertion dans les lettres d'information adressées aux membres participant, par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication, notamment par le biais de tout support durable autorisé par le Code de la Mutualité.

Article 4.3 : Support durable

Selon les dispositions de l'article L.221-6-4 du Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la Mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées

Quand la Mutuelle met à la disposition du membre participant des documents sur support durable autre que le papier, ceux-ci seront dématérialisés et consultables sur l'Espace Adhérent du membre participant (via le site Internet de la Mutuelle).

Dans ce cas, à la mise en ligne d'un nouveau document, une information est adressé au membre participant :

- soit par courrier électronique à l'adresse de messagerie électronique,
- soit par SMS au numéro de téléphone mobile,

portés à la connaissance de la Mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment.

Toute modification du cadre réglementaire ou législatif pourra entraîner un ajustement du présent règlement.

Article 5 : Garanties

L'agent choisit librement sur le bulletin d'adhésion les garanties dont il souhaite bénéficier, il doit toutefois adhérer au minimum à la garantie « Incapacité Temporaire de Travail ».

Il peut en outre adhérer à l'une des garanties suivantes :

- Option Garantie Maintien des primes en cas d'incapacité temporaire totale de travail,
- Option Capital en cas d'invalidité permanente.

Les garanties choisies par le membre participant sont indiquées sur son Certificat d'adhésion.

Article 6 : Modalités d'adhésion

L'adhésion est individuelle et facultative.

L'adhésion est ouverte aux agents répondant aux critères de l'article 3, en activité normale de service et âgés de moins de soixante-deux ans.

L'agent désireux d'adhérer au présent règlement doit adresser à la Mutuelle un bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé accompagné notamment des pièces justificatives suivantes :

- Dernier bulletin de salaire faisant apparaître le régime indemnitaire,
- Relevé d'identité bancaire et mandat SEPA signé,
- Questionnaire médical dûment complété, daté et signé.

Doivent être joints à la demande d'adhésion, tous les éléments d'information nécessaires à la Mutuelle. L'adhésion du membre participant intéressé est acceptée après étude :

- Des indications inscrites sur son bulletin d'adhésion ;
- De l'avis du Médecin Conseil de la Mutuelle, basé sur les réponses de l'agent au questionnaire médical et aux éventuelles demandes de renseignements ou d'examens complémentaires ;
- Des informations complémentaires, administratives ou professionnelles, demandées le cas échéant par la Mutuelle.

Après étude du questionnaire médical, la Mutuelle se réserve le droit de solliciter des renseignements ou l'organisation d'examens complémentaires aux frais de la Mutuelle.

Ces éléments doivent être adressés sous pli confidentiel à la Mutuelle.

Après analyse de ces éléments, les décisions prises par la Mutuelle font l'objet d''une notification écrite. La Mutuelle peut accepter ou refuser l'adhésion ou en majorer le coût.

Elle peut aussi refuser la prise en charge des suites d'une maladie ou d'un accident survenu antérieurement à l'adhésion.

Les décisions prises en fonction des conclusions du Médecin conseil sont notifiées par courrier recommandé. Sans contestation de leur bien-fondé dans les dix jours suivant son envoi, elles s'imposent au membre participant. Cette contestation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée.

Les agents en arrêt de travail, pour maladie ou accident ou bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique, ne pourront demander leur adhésion qu'après leur reprise de travail à temps complet.

Les agents pour lesquels un arrêt de travail survient entre la date de signature de leur demande d'adhésion et la date d'effet prévue dans le certificat d'adhésion ont l'obligation d'en informer immédiatement la Mutuelle. La garantie prendra effet au plus tôt à la date de reprise d'activité à temps complet du membre participant.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Les mêmes modalités s'appliquent en cas de souscription d'option en cours de vie du contrat.

Dématérialisation

La Mutuelle peut proposer d'adhérer au(x) règlement(s) de façon dématérialisée.

A cet effet, le Membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle.

Dans ce cadre, notamment le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Signature électronique

La signature électronique est un procédé technique permettant de donner à un document sur support électronique la même valeur juridique que celle d'un écrit sur support papier.

Elle peut être proposée par la Mutuelle pour la signature d'une adhésion en face à face en agence, à distance ou en ligne dans les conditions prévues par l'article L.221-6-7 du Code de la Mutualité. Des Conditions Générales d'Utilisation viennent détailler les conditions dans lesquelles est réalisée la signature électronique. Après en avoir pris connaissance, la personne désireuse d'adhérer s'engage à en respecter les dispositions. La signature électronique assure l'identification du signataire ; elle permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au membre participant, dont les documents contractuels (bulletin d'adhésion, mandat SEPA, règlement mutualiste, fiche d'information) transmis sur support durable à l'adresse e-mail et/ou sur son espace Entreprise.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la Mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment. Il peut demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de l'adhésion.

Faculté de renonciation en cas de vente à distance :

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus pour y renoncer.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date d'effet mentionnée sur son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle Prévifrance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle

Prévifrance rembourse au membre participant les cotisations payées.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

«Je, soussigné(e)……..domicilié(e)…. déclare renoncer à mon adhésion du …/…/…. Au contrat collectif facultatif N° ……. et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.»

Fait à ….., le ……., (signature).

A adresser à : Mutuelle Prévifrance Prévoyance 80, rue Matabiau BP 71269 – 31012 TOULOUSE cedex 06.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

Article 7 : Réticence et fausse déclaration

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle.

En cas de fausse déclaration non intentionnelle constatée 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.

Déchéance

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée par l'utilisation de moyens frauduleux ou la production de documents falsifiés (faux décomptes, fausses factures, faux bulletins d'hospitalisation …) fait perdre tout droit à prestation au membre participant ou à l'ayant droit qui porte ainsi atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Les prestations déjà versées à tort par la Mutuelle dans ces conditions seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu. Toute personne dont la fraude est avérée pourra être exclue de la Mutuelle dans les conditions de l'article 8 des statuts et celle prévues par le présent document.

Les modalités de démission, radiation et exclusion, ainsi que leurs effets, sont également précisés par l'article 8 des statuts de la Mutuelle et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Peuvent être exclus les membres participants qui eux-mêmes ou leurs ayants droits, ont porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle, de ses salariés ou de ses élus (administrateurs ou délégués), de façon directe, indirecte ou par personne interposée, ou qui ont manqué à leurs obligations prévues par les statuts et le règlement intérieur ou les règlements mutualistes ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice

financier, matériel ou moral à la Mutuelle, à ses salariés ou à ses élus (administrateurs ou délégués).

La fraude ou la tentative de fraude aux prestations constituent un motif d'exclusion de la Mutuelle sans préjudice du droit de la Mutuelle d'obtenir le remboursement des prestations indument versées.

En cas de préjudice dûment constaté, la Mutuelle peut suspendre à titre conservatoire les garanties.

Le membre dont l'exclusion est envisagée pour l'un ou l'autre des motifs précités, est convoqué devant la Commission de discipline, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par lettre recommandée électronique, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué ou après son audition, son exclusion pourra être prononcée par le Conseil d'administration après exposé des motifs par la Commission de discipline. La décision d'exclusion est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet à compter de la date de la notification.

Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 10 ans à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion sauf accord préalable du Conseil d'administration.

En outre, la Mutuelle se réserve le droit de mener toutes actions extrajudiciaires et judiciaires civiles et/ou pénales permettant notamment de récupérer les prestations indûment réglées.

Article 8 : Date d'effet

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion adressé au membre participant par la Mutuelle et s'achève le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite, annuellement, au 1er janvier, par tacite reconduction.

Article 9 : Résiliation des garanties

L'adhésion prend fin :

- A l'initiative du membre participant :

  En cas de dénonciation de son adhésion, par le membre participant, notifiée à la Mutuelle par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance de son adhésion. La date d'échéance est fixée au 31 décembre de l'année civile concernée.
- A l'initiative de la Mutuelle :

  En cas de non-paiement des cotisations par le membre participant ou en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Article 10 : Cessation des garanties

Les garanties prennent fin au premier jour du mois suivant :

- La date à laquelle le membre participant n'appartient plus à la catégorie définie à l'article 3 du présent règlement ;
- À la date d'admission à la retraite ou de mise à la retraite pour invalidité ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- Au plus tard, au jour de son soixante-septième anniversaire pour les garanties « Incapacité de travail », «maintien des primes en cas d'incapacité de travail » ;
- Au plus tard, au jour de son soixante-deuxième anniversaire pour la garantie « Invalidité » ;
- Au jour du décès de l'adhérent.

La garantie « Décès en inclusion » prend fin dans les mêmes conditions que la garantie « Incapacité de travail ».

Article 11 : Cotisation

Montant de la cotisation

La cotisation est fixée en euros. Elle dépend du niveau de garanties choisi par le membre participant.

Les montants, périodicités et modalités de paiement des cotisations sont indiqués dans le bulletin d'adhésion. Ces montants sont exprimés toutes taxes incluses. Toute évolution du régime de taxation des garanties entraînera un ajustement des cotisations.

Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provisions), la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des pénalités financières.

Article 12 : Participation de la collectivité territoriale au paiement de la cotisation de son agent

En cas de versement direct à la Mutuelle de la participation de la collectivité territoriale, son montant est répercuté intégralement en déduction de la cotisation due par l'agent territorial.

Article 13 : Indus et subrogation

Article 13.1 : Indus

Le membre participant ou ses ayants droit sont redevables des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment hors période de garantie, qu'elles aient été directement perçues par le bénéficiaire ou non.

En cas de versements se révélant indus, la Mutuelle se réserve le droit de :

- Compenser les prestations payées à tort avec un versement de prestations postérieur ou un crédit de cotisation ou,
- Solliciter la répétition de la prestation indument versée dans le délai de prescription de la garantie.

En cas de non-restitution des sommes par le membre participant, la Mutuelle pourra recourir à tous les moyens de droit nécessaires à leur recouvrement.

Article 13.2 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à l'un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre les tiers responsables

A cet effet, le membre participant s'engage à signaler à la Mutuelle toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

Article 14 : Changement de situation du membre participant

Le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle dans le délai de deux mois, de tout changement de situation, notamment en cas de mutation ou de changement de statut. Passé ce délai, le changement ne sera alors pris en

considération qu'à compter du 1er jour du mois qui suit la demande.

Article 15 : Modification, déclaration du risque et prescription

Article 15.1 : Déclaration du risque

La Mutuelle doit être informée de la réalisation du risque couvert par chaque garantie dès que le bénéficiaire de la prestation en a connaissance et au maximum dans le délai de prescription afférent à la garantie en cause. Au-delà, aucun versement de prestation ne sera effectué par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander une indemnité en cas de déclaration tardive, conformément à l'article L.221-16 du Code de la Mutualité.

Article 15.2 : Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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.

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 16 : Réclamations

a. Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle Prévifrance « Réclamation Prévoyance Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6 par courrier recommandé avec accusé de réception.

b. Médiation

Avant la saisine du médiateur, le membre participant ou l'ayant droit doit avoir tenté, au préalable, de résoudre le litige par une réclamation écrite auprès de la Mutuelle.

Si la réponse écrite à sa réclamation ne le satisfait pas ou en cas d'absence de réponse à sa réclamation écrite sous 2 mois, et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, il a la possibilité de solliciter l'avis du médiateur.

Le Médiateur est saisi gratuitement en lui adressant le dossier, accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction de celui-ci :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

Accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

Article 17 : Informatique et Libertés

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle Prévifrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. La réception et le traitement des documents comportant des informations médicales par les salariés de la Mutuelle Prévifrance sont effectués dans le respect des procédures internes limitant le nombre de personnes ayant accès à ces renseignements et garantissant leur confidentialité.

Ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au secret professionnel.

Dans ce cadre, les salariés de la Mutuelle Prévifrance pourront traiter l'ensemble des informations médicales. Concernant les dossiers de Prévoyance, en cas de refus écrit de l'adhérent/prospect, ces informations seront traitées par le Médecin conseil uniquement.

Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités Prévifrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Pour plus d'informations, les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVIFRANCE - Protection des données- 80 rue Matabiau BP 71269 – 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

Article 18 : Loi et langue applicable

La loi applicable est la loi française. La langue applicable au présent règlement est la langue française.

Article 19 : Territorialité

La garantie est acquise à condition que le membre participant soit domicilié et exerce son activité professionnelle en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outremer (DROM).

La condition de domicile ne s'applique pas pour les travailleurs transfrontaliers.

En cas de déplacement à l'étranger, c'est la date de constatation de l'état médical par un médecin exerçant en France lors du retour du membre participant qui sert de point de point départ à la garantie et au délai de franchise. Le membre participant est tenu de faire élection d'un domicile en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer afin d'être disponible pour tout contrôle ou expertise médicale. Le règlement des prestations est toujours effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat français.

Article 20 : Contrôle

Article 20.1 : Contrôle médical

La Mutuelle n'est pas tenue de suivre les décisions du régime d'assurance maladie obligatoire ou de tout autre organisme.

Dans tous les cas, et à toute époque, la Mutuelle se réserve le droit de réaliser des contrôles médicaux lorsque le versement des prestations est lié à l'état de santé du membre participant.

Ce contrôle est exercé par l'intermédiaire du Médecin Conseil de la Mutuelle.

Article 20.1.1 : Contrôle sur place et sur pièces

Lorsque l'arrêt de travail du membre participant autorise les sorties libres, les médecins délégués par la Mutuelle ou son représentant désigné doivent avoir en tout temps, sous peine de déchéance du droit aux prestations et de suspension du paiement des prestations en cours de service, accès auprès du membre participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile, tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater la gravité de son état.

Dans le cas où l'arrêt de travail prévoit des autorisations de sortie, le membre participant doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h (sauf soins ou examens médicaux sur justificatif) afin de se prêter au contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de lui adresser tout document médical qu'il jugerait utile pour apprécier son état de santé.

A défaut de réponse du membre participant dans un délai de trente jours, la Mutuelle se réserve le droit de lui adresser une relance et de suspendre les prestations.

Les décisions de la Mutuelle prises en fonction des conclusions du Médecin Conseil, sont notifiées au membre participant par courrier recommandé.

Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les quinze jours suivant leur envoi. Cette contestation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée.

Article 20.1.2 : Expertise

Dans le cadre de son contrôle, le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de se prêter à une expertise médicale, aux frais de la Mutuelle.

En cas d'impossibilité de se rendre à l'expertise à la date et au lieu choisis, le membre participant est en droit de solliciter le report de l'expertise. Cette possibilité n'est ouverte qu'une fois au titre d'une même mesure d'expertise.

En pareil cas, une nouvelle date ou un nouveau médecin expert est désigné pour correspondre au mieux aux contraintes avancées par le membre participant au soutien de sa demande.

En cas de non-présentation injustifiée à l'expertise organisée par la Mutuelle, le cas échéant après mise en oeuvre de la procédure prévue à l'alinéa précédent, la Mutuelle est en droit de suspendre les prestations en cours de versement.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle prend connaissance du rapport d'expertise. Sur cette base, il rend un avis :

- De poursuite du versement des prestations ;
- De cessation du versement des prestations.

Article 20.2 : Litiges médicaux

En cas de désaccord avec une décision prise par la Mutuelle sur avis de son Médecin

Conseil, le membre participant doit adresser sa contestation au Siège de la Mutuelle, dans les quinze jours de sa notification ; une contre-expertise médicale, effectuée par un Médecin expert agrée, à ses frais devra être adressée au Médecin Conseil de la Mutuelle dans les 15 jours suivant sa réception par le membre participant.

Après étude du dossier par le Médecin Conseil de la Mutuelle et en cas de désaccord persistant, un arbitrage sera confié à un Médecin expert agrée choisi d'un commun accord entre le membre participant et la Mutuelle, à frais partagés.

En cas de désaccord sur le choix de ce Médecin ou de refus de sa décision, les voies de recours judiciaires restent ouvertes aux parties.

Le membre participant est redevable auprès de la Mutuelle de toutes sommes qui seraient reconnues indues au terme des contrôles, expertises et recours.

Article 21. Exclusions de risques communes à toutes les garanties

Ne sont pas garantis au titre des présents contrats, les affections, maladies, accidents et infirmités, ainsi que leurs suites ou conséquences, dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion au contrat et qui n'ont pas été déclarés dans le questionnaire médical.

Les affections, maladies, accidents et infirmités, antérieurs à l'adhésion mais déclarés dans le questionnaire médical ne seront pas garantis s'ils font l'objet des exclusions, restrictions ou limitations, indiquées dans le présent règlement ou dans le Certificat d'adhésion du membre participant.

La Mutuelle ne prend pas en charge, outre les réticences ou fausses déclarations, les conséquences des faits ou évènements ci-après :

- Risque de guerre : en cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- Faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ou le bénéficiaire ;
- les suites et conséquences de pathologies qui sont le résultat d'un fait volontaire du membre participant et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- Meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné ;
- Accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste constaté par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route, lorsque sa responsabilité est engagée ;
- Accidents ou maladies résultant d'un comportement d'intoxication éthylique chronique ;
- Accidents ou maladies et leurs suites et conséquences résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants, d'anabolisants, de tranquillisants ou médicaments non prescrits ;
- Mutilation volontaire, refus de se soigner au sens du Code de la Sécurité sociale, blessures ou maladies ;
- Les psychoses schizophréniques, paranoïaques et maniacodépressives ;
- Démonstrations, raids, acrobaties, paris, tentatives de records ;
- 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 ;
- les conséquences de la pratique, même à simple titre amateur, des sports suivants : activités de montagne hors des pistes balisées ouvertes au public et pratiquées à une altitude supérieure à 3000m, activités nautiques pratiquées au-delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, activités réalisées à plus de 20 mètres de profondeur, activités en eaux vives pratiquées dans des cours d'eau de classe 3 ou supérieure, parapente, delta plane, kitesurf, spéléologie, sports de combat et arts martiaux, sports équestres en compétition, saut à l'élastique, toute activité en zones désertiques, tout sport nécessitant l'utilisation d'un appareil à moteur ;
- Les conséquences du pilotage de tout engin terrestre, aquatique, ou aérien, sans posséder les permis et

certificats nécessaires (hormis le cas où le membre participant pilote conformément à la règlementation en vigueur sous la responsabilité de son instructeur, lui-même dûment qualifié) ;

- Vols sur ailes volantes, U.L.M, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique ;
- Faits de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, de mouvement populaire, de grève, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active ;
- Participation du membre participant à tout acte de sabotage criminel ou illégal ;
- Lutte, duel, rixe ou agression auquel participe le membre participant, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- Effets directs ou indirects provenant de la transmutation du noyau de l'atome.

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Article 22 : Objet de la garantie

La présente garantie a pour objet le service d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ouvrant droit aux prestations en espèces en application du Régime Statutaire de la Fonction Publique Territoriale ou du Régime d'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale.

Elle intervient lorsque le membre participant est en incapacité temporaire totale de travail et ne perçoit plus son plein traitement.

Le membre participant choisit un montant d'indemnité journalière parmi les niveaux proposés.

Hormis pour le niveau de garantie le plus bas, le choix de la garantie doit être justifié par le salaire net effectivement perçu par le membre participant.

En cas d'instauration par la législation de jours de carence dans le versement de la rémunération des agents publics, ces jours seront également exclus de l'indemnisation de la présente garantie.

L'adhésion à la Garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » ouvre droit à une garantie « Capital Décès en inclusion » dont les conditions sont décrites à l'article 25.

Article 23 : Modification du niveau de la garantie

Chaque année, et au plus tard le 31 octobre, le membre participant a la possibilité de demander une modification du niveau de garantie auquel il a souscrit. Il doit pour cela être en activité normale de service.

Si le membre participant opte pour un niveau de garantie supérieur, il doit compléter le questionnaire médical.

Après avis du Médecin Conseil de la Mutuelle, l'augmentation de garantie peut être refusée, acceptée purement et simplement ou sous conditions restrictives pour la partie différentielle.

La Mutuelle vérifie l'adéquation de la garantie avec la rémunération effectivement perçue par le membre participant sur la base du dernier bulletin de salaire. En cas d'acceptation de la Mutuelle, la modification de garanties prend effet au 1er janvier suivant la demande de modification.

Article 24 : Montant de la prestation

Le montant de l'indemnité journalière est fonction du niveau de garantie choisi par le membre participant.

La prestation versée correspond à la différence entre le salaire net d'activité et les montants versés au titre de l'incapacité temporaire de travail par l'employeur, le régime général et tout autre organisme, et ce dans la limite de l'option choisie par le membre participant.

On entend par salaire net, le traitement indiciaire net majoré le cas échéant de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) ainsi que des primes et indemnités nettes prises en compte pour le calcul du salaire net ou pour les membres participants ne percevant pas un traitement indiciaire, du salaire net, c'est-à-dire le salaire brut après déduction des cotisations sociales obligatoires.

Le montant de la prestation ne peut en aucun cas excéder le montant de la perte de salaire réellement subie par le membre participant.

L'indemnité journalière n'est jamais due pendant la période du congé pour maternité, paternité, adoption, ou d'absence pour garde d'enfants ou de présence parentale.

Article 25 : Franchises

La franchise est la période pendant laquelle la Mutuelle ne verse aucune prestation.

Le jour de carence institué par l'article 115 de la Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 est exclu de l'indemnisation.

En cas d'instauration par la législation de nouveaux jours de carence dans le versement de la rémunération des agents publics, ces jours seront également exclus de l'indemnisation de la présente garantie.

A l'issue de cette période de franchise, la Mutuelle intervient de la manière suivante :

1. Agents affiliés à la CNRACL

   La Mutuelle intervient en relais et complément aux garanties statutaires des agents CNRACL de la Fonction Publique Territoriale :

   - En cas de congé de maladie ordinaire : du 91ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu au 365ème jour.
   - En cas de congé de longue maladie : du 366ème jour au 1095ème jour.
   - En cas de congé de longue durée : du 1096ème jour au 1825ème jour.

   CITIS : indemnisation à condition que l'employeur maintienne le demi-traitement et dans la limite de 1095 jours d'indemnisation au titre du demi-traitement par la Mutuelle incluant les arrêts au titre du congé de maladie ordinaire, du congé de longue maladie et du congé de longue durée.

2. Agents non affiliés à la CNRACL

   La Mutuelle intervient en relais et complément aux garanties statutaires des agents non affiliés à la CNRACL :

   - En cas de maladie ordinaire :
     - pour les agents titulaires à temps non complet : à compter du 91ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt maximum ;
     - pour les agents non titulaires ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail,
     - pour les agents non titulaires ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail,
     - pour les agents non titulaires ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt une franchise de 90 jours cumulés et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail.
   - En cas de grave maladie :
     - pour les agents non titulaires dont l'ancienneté est supérieure ou égale à 3 ans et les agents titulaires à temps non complet : à compter du 366ème jour jusqu'au 1095ème jour.

Article 26 : Date limite de l'indemnisation et limitations

L'indemnité acquise jour par jour est payable mensuellement à terme échu ; le service de cette indemnité cesse :

- au jour de la reprise d'activité, à temps complet ou partiel ;
- à la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'Assurance Maladie au titre du Régime Général de la Sécurité Sociale ;
- au jour de consolidation de l'état du membre participant ;
- au maximum au terme de 1095 jours d'indemnisation par la Mutuelle au titre du congé de maladie ordinaire,
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par le Régime de base du membre participant ;
- à la date de la liquidation de la Pension de Retraite par le régime de base du membre participant et au plus tard à son 67ème anniversaire ;
- en cas de mise en disponibilité d'office ;
- au décès du membre participant
- à la date fixée par le Médecin conseil et à partir de laquelle il est établi :

  - que l'adhérent n'est plus dans l'incapacité temporaire totale de travailler,

  - que l'arrêt de travail n'est pas ou plus justifié sur le plan médical.

Du montant des indemnités journalières, il faut déduire les prestations versées au même titre par tout autre organisme quelle qu'en soit la nature juridique.

En cas de requalification de l'arrêt de travail entrainant la prise en charge de façon rétroactive, par l'employeur ou un régime de protection sociale de base ou complémentaire, d'un maintien de rémunération totale ou partielle, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle toutes les prestations indument perçues. Celui-ci est tenu d'informer spontanément la Mutuelle de tout changement de sa situation susceptible de modifier le bénéfice de la garantie.

Règle de non cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent règlement ne pourront, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre au membre participant de recevoir des sommes supérieures à 100 % de la base nette des prestations qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence.

Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Article 27 : Règlement - Constitution des dossiers

Les demandes de prestations doivent être adressées à la Mutuelle, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date à laquelle le membre participant a subi une perte. Passé ce délai, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues à compter de la réception de la demande d'indemnisation.

Le membre participant doit remettre à la Mutuelle toutes pièces justificatives, utiles et proportionnées comprenant notamment, et à titre non limitatif :

- L'arrêt de travail initial et les prolongations éventuelles délivrés par le médecin,
- Les certificats du médecin traitant,
- L'attestation émanant de l'employeur ou de tout organisme dont relève le membre participant et, notamment, l'arrêté de la collectivité,
- La copie des douze derniers bulletins de salaires précédant l'arrêt initial et les bulletins de salaire des mois pendant lesquels le sinistre est pris en charge,
- Le cas échéant, les décomptes des prestations en espèces du régime général de la Sécurité Sociale.

Article 28 : Garantie Capital Décès en inclusion

La présente garantie a pour objet le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(x) désigné(s) en cas de décès du membre participant ou au membre participant en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Le capital décès dû au titre d'un décès survenu antérieurement à la date de résiliation, sera payé dans les conditions prévues ci-après.

Article 28.1 : Les bénéficiaires en cas de décès

Le(s) bénéficiaires(s) du capital garanti est (sont) : le conjoint survivant, non séparé de corps judiciairement à la date du décès, à défaut le partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.

La faculté est toutefois laissée au membre participant de fixer librement, par écrit daté et signé, l'attribution bénéficiaire en définissant avec précision la (ou les) personne(s) à qui doit être versé le Capital garanti et en précisant en cas de pluralité de bénéficiaires la répartition en pourcentage du capital entre eux.

La clause bénéficiaire peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique, le membre participant devant alors indiquer l'étude notariale auprès de laquelle l'acte est déposé.

En cas de décès du bénéficiaire et si aucune nouvelle attribution à un bénéficiaire déterminé n'a été notifiée régulièrement avant que les sommes dues deviennent exigibles, ces sommes sont versées conformément aux dispositions du premier paragraphe du présent article. L'Assuré peut modifier librement la désignation bénéficiaire, par un écrit daté et signé, tant qu'il n'y a pas d'acceptation bénéficiaire. L'acception du bénéfice ne pouvant être faite que par avenant signé, par le membre participant, le bénéficiaire et la Mutuelle ou par acte authentique ou sous seing privé entre le membre participant et le bénéficiaire avec notification par écrit à la Mutuelle.

Article 28.2 : La garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La garantie a pour objet le versement anticipé du capital décès, au profit du membre participant, si l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant est reconnu dans l'année d'assurance et avant le soixante-deuxième anniversaire du membre participant.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est l'invalidité présumée définitive qui place le membre participant dans l'impossibilité d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant met fin à la garantie.

Aucun capital décès ne sera versé ensuite en cas de décès du membre participant.

Article 28.3 : Paiement des prestations

Lors de la survenance du sinistre, la prestation garantie est déterminée sur la base des informations contenues dans la demande d'adhésion.

En cas de décès, le versement du capital est effectué en une seule fois au(x) bénéficiaire(s).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le versement du capital est effectué en une seule fois directement à l'Assuré.

Modalités de règlement et pièces justificatives

L'Assuré ou le bénéficiaire, doit adresser à la Mutuelle, toutes les pièces justificatives nécessaires au traitement du dossier, et notamment, sans exhaustivité :

- Pour le décès :
  - Extrait d'acte de décès,
  - Certificat médical précisant la nature du décès (sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil),
  - L'acte de notoriété si le ou les bénéficiaires ne sont pas désignés nominativement ou dans d'autres cas particuliers,
  - Le jugement de tutelle en cas de bénéficiaire mineur ou de majeur sous tutelle,
  - Copie recto verso de la carte d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires,
  - Relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.
- Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :
  - La demande de versement de l'Assuré,
  - Les certificats médicaux confirmant attestant que le membre participant 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, délivré par un médecin français lors du retour du membre participant sur le territoire métropolitain si le sinistre est intervenu hors de France,
  - La notification d'attribution de la pension d'invalidité définitive du régime d'assurance maladie obligatoire du membre participant avec attribution de la tierce personne.

Et dans tous les cas, toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

La Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, ou faire procéder à tout contrôle lui permettant de valider le paiement du sinistre.

En cas d'opposition à ce contrôle, de dossier incomplet, ou de déclaration au-delà des délais de prescription, la Mutuelle peut refuser le paiement de la prestation.

Article 28.4 : Revalorisations des capitaux décès

Conformément à l'article L.223-19-1 du Code de la Mutualité, le capital bénéficie d'une revalorisation post mortem, dont le taux est fixé dans le respect du minimum visé par le décret n° 2015-1092 du 28 août 2015. Cette revalorisation prend effet à compter de la date de survenance du décès de l'Assuré jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital ou le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations.

GARANTIE MAINTIEN DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Article 29 : Objet de la garantie

La présente garantie optionnelle a pour objet le service d'une indemnité journalière « garantie Maintien des primes » en cas d'incapacité temporaire totale de travail en complément de la garantie de base mentionnée au Chapitre 2 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Le membre participant choisit un montant d'indemnité journalière parmi les niveaux proposés.

Le choix de la garantie doit être justifié par les primes effectivement perçues par le membre participant et n'entrant pas dans la base de calcul de l'indemnité journalière de base.

Article 30 : Modification du niveau de la garantie

Chaque année, et au plus tard le 31 octobre, le membre participant a la possibilité de demander une modification du niveau de l'option souscrite. Il doit pour cela être en activité normale de service.

La Mutuelle vérifie l'adéquation de l'option avec les primes effectivement perçues par le membre participant sur la base du dernier bulletin de salaire. En cas d'acceptation de la Mutuelle, la modification du niveau de l'option prend effet au 1er janvier suivant la demande de modification.

Article 31 : Montant de la prestation

Le montant de l'indemnité journalière est fonction du niveau d'option choisi par le membre participant. L'indemnité journalière optionnelle versée ne peut en aucun cas excéder le montant de la perte de prime réellement subie par le membre participant.

L'indemnité journalière optionnelle n'est jamais due pendant la période du congé légal ou conventionnel de maternité ou d'adoption.

Article 32 : Franchise

La franchise est la période pendant laquelle la Mutuelle ne verse aucune prestation.

Le versement de l'indemnité journalière optionnelle interviendra après une franchise de 30 jours d'arrêt total et continu de travail, sous réserve que les primes ne fassent pas l'objet d'un maintien par ailleurs.

Article 33 : Date limite de l'indemnisation et limitations

L'indemnité acquise jour par jour est payable mensuellement à terme échu.

Le service de cette indemnité cesse :

- Au jour de la reprise d'activité, à temps complet ou partiel ;
- A la date de fin de l'indemnisation par la garantie « incapacité temporaire totale de travail »;
- Au maximum au terme de 1095 jours d'indemnisation par la Mutuelle sur toute la durée de l'adhésion au présent règlement mutualiste ;
- A la date d'attribution d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant ;
- A la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant et au plus tard à son 67ème anniversaire ;
- En cas de mise en disponibilité d'office ;
- Au décès du membre participant.

Règle de non cumul

Le cumul des prestations versées par la Mutuelle, la Sécurité sociale, tout autre organisme de prévoyance complémentaire, Pôle emploi, et le cas échéant du salaire versé par le souscripteur ainsi que toute autre indemnité statutaire ou réglementaire, ne peut excéder 100 % du traitement net qu'aurait reçu le membre participant s'il avait exercé une activité normale ; en cas de dépassement, la prestation de la Mutuelle est réduite à due concurrence.

En cas de requalification de l'arrêt de travail entrainant la prise en charge de façon rétroactive, par l'employeur ou un régime de protection sociale de base ou complémentaire, d'un maintien de rémunération totale ou partielle, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle toutes les prestations indument perçues. Celui-ci est tenu d'informer spontanément la Mutuelle de tout changement de sa situation susceptible de modifier le bénéfice de la garantie.

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

Article 34 : Montant de la prestation

La présente garantie a pour objet le versement d'un capital au membre participant âgé de moins de 62 ans qui se trouve en état d'invalidité permanente.

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

avant d'avoir atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite.

- Est considéré en état d'invalidité permanente, l'agent affilié à la CNRACL qui a été mis à la retraite pour une invalidité permanente et qui justifie d'un taux d'invalidité supérieur à 20%,
- Est considéré en état d'invalidité permanente, l'agent relevant du régime général de la Sécurité sociale
    - Qui, dans le cas d'une invalidité d'origine non professionnelle, justifie d'un taux d'invalidité permanente d'au moins 2/3 avec un classement en 2ème ou 3ème catégorie au sens de l'article L.341-4, 2° et 3° du Code de la Sécurité sociale et qui est inapte à exercer une quelconque activité professionnelle ou qui est inapte à conserver un poste dans la collectivité où il travaillait lors de la reconnaissance d'invalidité (1ère catégorie),
    - Qui dans le cas d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, justifie d'un taux d'incapacité permanente défini par le médecin conseil de la Sécurité sociale de plus de 20% et qui ne peuvent pas conserver un poste dans la collectivité où il travaillait lors de la reconnaissance d'incapacité permanente.

Article 35 : Montant de la prestation

Le montant du capital versé (C) est égal à un pourcentage du capital souscrit (K).

Le capital souscrit (K) est fonction du niveau d'option choisi par le membre participant. Le montant de l'IJ de base choisie détermine le niveau maximum autorisé.

Le capital versé (C) est calculé à partir des éléments suivants :

N : Nombre d'années restant entre la date de reconnaissance de l'invalidité et les 62 ans du membre participant, calculé par «62 – âge de reconnaissance de l'invalidité» ;

K : capital de référence souscrit ;

Coefficient égal à 10 % ;

T (coefficient en fonction du taux d'invalidité) :

- Pour les agents CNRACL mis en retraite pour invalidité :
    - Le taux d'invalidité attribué par la CNRACL est multiplié par 2 jusqu'à 50 % de taux d'invalidité
    - À partir de 50 % de taux d'invalidité, T= 1
- Pour les agents affiliés à la Sécurité sociale bénéficiant d'une rente d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle :
    - Le taux d'incapacité permanente est multiplié par 2 jusqu'à 50 % de taux d'incapacité permanente
    - À partir de 50 % de taux d'incapacité permanente, T=1
- Pour les agents affiliés à la Sécurité sociale bénéficiant d'une pension d'invalidité, pour motif autre qu'un accident du travail ou maladie professionnelle :
    - En invalidité de 1ère catégorie T= 0.6
    - En invalidité de 2ème ou 3ème catégorie T= 1

Avec C = N x K x 10% x T

Article 36 : Versement de la prestation

Le capital est versé :

- Pour les agents CNRACL : dès la date de mise en retraite pour invalidité
- Pour les agents affiliés à la Sécurité sociale, dans le cas d'une invalidité d'origine non professionnelle : dès la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale
- Pour les agents affiliés à la Sécurité sociale, lorsque l'invalidité fait suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle : dès la date d'attribution d'une rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale

Afin d'obtenir le paiement du capital, le membre participant adresse à la Mutuelle toutes pièces justificatives, comprenant notamment, et à titre non limitatif :

1. Agents affiliés à la CNRACL :
    - L'avis de situation de la retraite pour invalidité de la CNRACL mentionnant le taux d'invalidité,
    - Le premier décompte de liquidation de la pension de la CNRACL,
    - Un Relevé d'Identité Bancaire du membre participant
2. Agents affiliés au Régime Général de la Sécurité sociale :
    - La notification d'attribution d'une pension d'invalidité mentionnant la catégorie d'invalidité,
    - La notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur à 20 %, précisant le taux d'incapacité permanente,
    - Le premier décompte de paiement de la Sécurité sociale,
    - Un arrêté de licenciement pour inaptitude physique,
    - Un Relevé d'Identité Bancaire du membre participant.

Le versement du capital met fin à la garantie.