RÈGLEMENT MUTUALISTE
PRÉVOYANCE PRÉVI POMPIERS

Règlement ayant obtenu le label suivant les modalités fixées par les décrets n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

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

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

Mutuelle Prévifrance, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669.
Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

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 : Modalités d'adhésion 3
Article 6 : Réticence et fausse déclaration 3
Article 7 : Date d'effet 4
Article 8 : Résiliation des garanties 4
Article 9 : Cessation des garanties 4
Article 10 : Garanties 4
Article 11 : Base des garanties, base de cotisation et base de prestation 4
Article 12 : Cotisation 4
Article 13 : Participation de la collectivité territoriale au paiement de la cotisation de son agent 4
Article 14 : Indus et Subrogation 4
Article 14.1 : Indus 4
Article 14.2 : Subrogation 4
Article 15 : Changement de situation du membre participant 4
Article 16 : Modification, déclaration du risque et prescription 4
Article 17 : Réclamations - Médiation 5
Article 18 : Contrôle 5
Article 18.1 : Contrôle médical 5
Article 18.2 : Litiges médicaux 5
Article 19 : Informatique et Libertés 5
Article 20 : Faculté de renonciation en cas de vente à distance 5
Article 21 : Territorialité 5
Article 22 : Exclusions de risques communes à toutes les garanties 5
Article 23 : Exclusions de risques spécifiques aux garanties 5
Article 24 : Loi et langue applicable 6
A - GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL 7
Article 25 : Objet de la garantie 7
Article 26 : Base de garantie en cas d'ITT 7
Article 27 : Montant de la prestation 7
Article 28 : Franchises et début d'indemnisation 7
Article 29 : Cas particulier des primes et indemnités qui ne suivent pas le traitement en cas d'ITT 7
Article 30 : Date limite de l'indemnisation et limitations 7
Article 31 : Règlement - Constitution des dossiers 7
B - GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE 8
Article 32 : Objet de la garantie 8
Article 33 : Base de garantie en cas d'invalidité permanente 8
Article 34 : Montant de la prestation 8
Article 35 : Revalorisation des rentes en cours de service 8
Article 36 : Date limite de l'indemnisation et limitations 8
Article 37 : Règlement – Constitution des dossiers 8
C - GARANTIE PERTE DE RETRAITE EN CAPITAL 8
Article 38 : Objet de la garantie 8
Article 39 : Base de la garantie Perte de retraite en cas d'invalidité permanente 8
Article 40 : Montant de la prestation 8
Article 41 : Règlement – Constitution des dossiers 8
D - GARANTIE PERTE DE RETRAITE EN RENTE 8
Article 42 : Objet de la garantie 8
Article 43 : Base de la garantie Perte de retraite en cas d'invalidité permanente 9
Article 44 : Montant de la prestation 9
Article 45 : Date de versement de la prestation 9
Article 46 : Terme du versement 9
Article 47 : Règlement – Constitution des dossiers 9
E - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) 9
Article 48 : Objet de la garantie 9
Article 49 : Base de la garantie Décès - PTIA 9
Article 50 : Montant de la prestation 9
Article 51 : Bénéficiaires 9
Article 51.1 : Bénéficiaires en cas de décès 9
Article 51.2 : Bénéficiaires en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie 9
Article 52 : Définition des enfants à charge 9
TABLEAU RÉCAPITULATIF DES GARANTIES PRÉVOYANCE PREVI POMPIERS STANDARD 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 75 436 Paris Cedex 09.

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),
- Rente en cas d'invalidité permanente,
- Capital ou rente Perte de retraite en cas d'invalidité permanente,
- Capital en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

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

La nature et le niveau des prestations versées par la Mutuelle :

- figurent dans le(s) tableau(x) de garantie annexés au présent règlement,
- sont fonction du choix effectué par le membre participant lors de son adhésion et figurent sur sa demande d'adhésion.

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 Pompiers,
- du tableau de garanties annexé au présent règlement applicable au membre participant,
- 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.

Les présentes garanties sont spécifiquement réservées aux personnels sapeurs-pompiers professionnels (SPP) et personnels administratifs techniques et spécialisés (PATS) des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS).

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 L.114-11 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.

Le présent règlement respecte la règlementation sur la labellisation définie par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

La délivrance du label par un Prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel ouvre droit à la participation de l'employeur public au profit des membres participants du présent règlement, conformément aux dispositions du décret susvisé et de ses arrêtés.

Les éventuelles modifications ultérieures du règlement seront transmises au Prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel, conformément à la règlementation sur la labellisation.

En cas de décision négative sur le maintien du label, la Mutuelle informe, dans un délai d'un mois à compter de cette notification, les membres participants des conséquences qui peuvent en résulter.

Article 5 : 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 :

- Derniers bulletins de salaire faisant apparaître l'ensemble du régime indemnitaire,
- 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, refuser l'adhésion, en majorer le coût ou refuser la prise en charge des suites d'une maladie ou d'un accident survenu antérieurement à l'adhésion.

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. Les garanties incapacité temporaire, invalidité permanente et perte de retraite en cas d'invalidité prendront 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.

Dans le cas où un dossier d'adhésion reste incomplet, il est renvoyé au signataire et l'adhésion ne prend pas effet.

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.

Article 6 : Réticence et fausse déclaration

Conformément aux dispositions des articles L.221-14 et L.221-15 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 en cas de fraude

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 7 : 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 8 : 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, en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Article 9 : 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 ;
- et, au plus tard, le jour de son soixante-deuxième anniversaire pour les garanties invalidité permanente et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et au jour de son soixante-septième anniversaire pour les garanties incapacité de travail et décès.

Article 10 : Garanties

L'agent désireux d'adhérer à la Mutuelle complète la demande d'adhésion aux garanties de base obligatoire prévues dans le tableau de garanties. Il peut choisir un ou des renfort(s) optionnel(s) si le tableau de garanties le prévoit.

Lorsque l'adhésion est acceptée par la Mutuelle, les garanties dont bénéficie le membre participant sont indiquées sur son certificat d'adhésion.

Article 11 : Base des garanties, base de cotisation et base de prestation

Définition de la base des garanties

La base des garanties est définie dans les dispositions propres à chacune des garanties.

La base de garantie est définie pour chaque membre participant selon les délibérations du Conseil d'Administration du SDIS dont il dépend. En cas de nouvelle délibération ou de mutation, la base de garantie et par suite la base de calcul des cotisations et des prestations sont recalculées en conséquence. En absence d'information sur la délibération, les primes sont réputées ne pas suivre le traitement. Dans tous les cas, l'indemnisation est limitée aux éléments de la base de garantie soumis à cotisations.

Base de cotisation :

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de la base de garantie propre à chaque garantie.

Base de prestation :

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de garantie propre à chaque garantie.

Par base de garantie nette, on entend la base de garantie brute après déduction des cotisations sociales obligatoires.

Révision de la base des garanties

La base des garanties est révisée annuellement en fonction des justificatifs de salaire adressés par les assurés ou en fonction du salaire en cas de précompte des cotisations. Les assurés qui acquittent directement leur cotisation doivent adresser les éléments justificatifs annuellement selon les modalités et délais indiqués par courrier adressé par la Mutuelle.

À défaut de communication, la base de garantie retenue en cas de sinistre est calculée sur le fondement du dernier bulletin de salaire transmis antérieurement au sinistre.

Article 12 : Cotisation

Montant de la cotisation

La cotisation est notamment fonction des garanties choisies par le membre participant sur son bulletin d'adhésion et ses avenants.

Les taux et montants 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.

Les cotisations des agents dont le SDIS a passé une convention avec la Mutuelle sont précomptées par l'employeur sur leur salaire. En l'absence de convention entre le SDIS et la Mutuelle, les cotisations sont prélevées sur compte bancaire.

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 13 : 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 14 : Indus et Subrogation

Article 14.1 : 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 indûment 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 14.2 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à l'un de ses ayant droits, 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 afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

Article 15 : 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 16 : Modification, déclaration du risque et prescription

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 L221-16 du Code de la Mutualité.

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.

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 17 : Réclamations - Médiation

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 18 : Contrôle

Article 18.1 : 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, y compris lorsque les garanties ne sont plus en vigueur, la Mutuelle se réserve le droit de procéder au contrôle de l'état de santé des membres participants. Ce contrôle est exercé par l'intermédiaire du Médecin Conseil de la Mutuelle.

Article 18.1.1. 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.

Article 18.1.2. 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 œuvre 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 18.2 : Litiges médicaux

En cas de contestation d'une décision prise par la Mutuelle sur avis de son Médecin Conseil, le membre participant doit adresser sa réclamation au Siège de la Mutuelle, dans les trente jours de la décision visée, en joignant une contre-expertise médicale, effectuée par un médecin expert agrée aux frais du 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 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 19 : 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 20 : 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 14 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 L.121-20-11 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. Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues. 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 règlement mutualiste Prévoyance Prévi Pompiers 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 Gestion des contrats

80, rue Matabiau BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 06

Article 21 : Territorialité

La garantie est acquise à condition que le membre participant soit domicilié et exerce son activité professionnelle en France métropolitaine et dans les territoires et départements d'outre-mer. 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 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 territoires et départements 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 22 : Exclusions de risques communes à toutes les garanties

Concernant l'ensemble des garanties du présent règlement, le Mutuelle ne prend pas en charge, outre les réticences ou fausses déclarations, les conséquences des faits ou évènements ci-après :

- Risque de suicide : le risque de suicide volontaire et conscient n'est couvert pour tout membre participant que si, au jour de sa mort, il a été garanti en cas de décès pendant au moins un an consécutif,
- 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,
- Meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné.

Article 23 : Exclusions de risques spécifiques aux garanties

Incapacité – Invalidité – Perte de Retraite

Concernant les garanties spécifiques Incapacité, Invalidité et Perte de Retraite, outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties sont spécifiquement exclus les risques suivants :

- 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 ;

- les conséquences de la pratique de tout sport à titre professionnel (entraînement, essai et épreuves) ou à titre d'amateur rémunéré ;
- les accidents, leurs suites et conséquences, survenant au cours de tentatives de records ou de toutes compétitions sportives autres que celles de pur amateurisme ;
- 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 3000 m, 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, kite-surf, 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) ;
- les accidents ou maladies et leurs suites et conséquences résultant de l'usage de drogues, stupéfiants, produits toxiques, substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- les accidents et leurs suites et conséquences résultant de la consommation de boissons alcoolisées constatées par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par les pouvoirs publics français pour la conduite de véhicule à moteur ; les accidents ou maladies résultant d'un comportement d'intoxication éthylique chronique ;
- les psychoses schizophréniques, paranoïaques et maniaco – dépressives ;
- 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.
- les sinistres survenus dans le cadre de « missions commandées » sont garantis pour les garanties invalidité et perte de retraite en rente.
- les sinistres survenus dans le cadre de « missions commandées » ne sont pas garantis pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Perte de Retraite en capital.

Article 24 : Loi et langue applicable
La loi applicable est la loi française. La langue applicable est la langue française.

A - GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Article 25 : 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.

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.

Article 26 : Base de garantie en cas d'ITT

La base de garantie en cas d'Incapacité temporaire de travail est calculée à partir des éléments suivants :

- Base de garantie A1 :

  Traitement de base constitué du traitement indiciaire brut majoré le cas échéant de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) et prime de feu brutes ou pour les membres participants ne percevant pas un traitement indiciaire, du salaire de base brut.

  Au traitement de base, s'ajoutent les primes et indemnités, qui suivent le statut. Il s'agit des primes maintenues ou perdues selon les mêmes modalités que le traitement ou le salaire.

- Base de garantie A2 :

  Primes et indemnités qui ne suivent pas le statut.

  Il s'agit des primes et indemnités qui ne sont pas maintenues par l'employeur au cours de la période de plein traitement et/ou qui sont supprimées (ou maintenues à un taux inférieur au traitement de base) au cours de la période de demi traitement.

Article 27 : Montant de la prestation

En cas de réalisation du risque, il sera versé une indemnité journalière dont le montant est déterminé en pourcentage de la base de garantie nette définie ci-avant. Ce pourcentage figure dans le certificat d'adhésion. Par base de garantie nette, on entend la base de garantie brute, après déduction des cotisations sociales obligatoires.

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.

- Base de garantie A1

  Sous réserve de l'application des dispositions relatives aux périodes de franchise et règles d'indemnisation selon la nature de l'arrêt, la prestation est servie dès lors que les indemnités versées par l'employeur en application du statut de la Fonction Publique Territoriale ne garantissent plus le maintien de la base de garantie nette. Pour les membres participants qui relèvent du régime général de la sécurité sociale, la prestation est servie dès que les indemnités versées par l'employeur ou le régime de base en application du statut ne garantissent plus le maintien de la base de garantie nette.

  La prestation versée au titre de la base de garantie A1 est au plus égale à 50% de la base de garantie nette (sauf la Nouvelle Bonification Indiciaire nette pris en charge à hauteur de 100%).

- Base de garantie A2

  La prestation est servie à l'issue d'un délai de franchise indiqué dans le certificat d'adhésion.

  Le membre participant est tenu d'informer immédiatement la Mutuelle de tout changement de sa situation susceptible de modifier le bénéfice de la garantie.

Lorsqu'un membre participant reprend une activité à temps partiel thérapeutique au service de son employeur dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire (CMO), de longue maladie (CLM), de longue durée (CLD) ou de grave maladie (CGM), et à condition que le Régime Légal ou l'employeur maintienne le versement d'une indemnité journalière, la prestation est limitée à la différence entre :

- d'une part la base de garantie nette,
- d'autre part, le cumul de l'indemnité journalière maintenue par le Régime Légal et / ou le traitement versé par l'employeur au titre de l'activité partielle du salarié.

Le mi-temps thérapeutique n'est indemnisé dans le cadre de la présente garantie que s'il intervient dans le cadre d'un CMO, CLM, CLD ou CGM.

Article 28 : Franchises et début d'indemnisation

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

A l'issue de cette période de franchise la Mutuelle intervient de la manière suivante, selon la nature des congés :

1. Agents affiliés à la CNRACL

   En relais et complément aux garanties statutaires des agents CNRACL de la Fonction Publique Territoriale, maintien de la base de garantie définie à l'article 25 et selon le pourcentage défini sur le certificat d'adhésion :

   - Maladie Ordinaire : du 91ème jour d'arrêt de travail au 365ème jour.
   - Longue maladie : du 366ème jour d'arrêt de travail au 1095ème jour.
   - Maladie de longue durée : du 1096ème jour d'arrêt de travail au 1825ème jour.
   - Dans le cas d'une maladie contractée dans l'exercice des fonctions : du 1826ème jour d'arrêt de travail au 2920ème jour.

Mise en disponibilité d'office pour raisons médicales : 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. L'indemnisation intervient sous réserve que la Mutuelle ait pris en charge l'indemnisation des arrêts avant la mise en disponibilité d'office.

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 affiliés au régime général de la sécurité sociale

   En relais et complément aux garanties statutaires des agents affiliés au régime général de la sécurité sociale (IRCANTEC), maintien de la base de garantie définie à l'article 25, selon le pourcentage défini sur le certificat d'adhésion. L'indemnisation intervient suite à :

   - Maladie Ordinaire :
     - une franchise de 90 jours cumulés pour les agents titulaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail maximum ;
     - une franchise de 30 jours cumulés pour les agents non titulaires affiliés à l'IRCANTEC ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail,
     - une franchise de 60 jours cumulés pour les agents non titulaires affiliés à l'IRCANTEC ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail,
     - une franchise de 90 jours cumulés pour les agents non titulaires affiliés à l'IRCANTEC ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans et au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail.
   - Grave maladie : du 366ème jour au 1095ème jour, pour :
     - les agents non titulaires affiliés à l'IRCANTEC et dont l'ancienneté est supérieure ou égale à 3 ans.
     - les agents titulaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC.

Article 29 : Cas particulier des primes et indemnités qui ne suivent pas le traitement en cas d'ITT

Par dérogation à l'article précédent, la Mutuelle prend en charge la perte subie au titre des primes et indemnités qui ne suivent pas le sort du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail, à l'issue d'une période de franchise spécifique figurant sur le certificat d'adhésion.

Article 30 : 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 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, y compris temps partiel thérapeutique ;
- 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 ;
- au décès du membre participant ;
- en cas de mise en congé pour raison opérationnelle
- à la date fixée par la 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.

Règle de non-cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent règlement ne pourront, en s'ajoutant à celles des régimes légaux, 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.

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.

Article 31 : 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 du C.A.S.D.I.S. (Conseil d'Administration du SDIS),

Mutuelle Prévifrance, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669.
Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

- 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.

B - GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

Article 32 : Objet de la garantie

1. La présente garantie a pour objet le service d'une rente trimestrielle au membre participant âgé de moins de 62 ans en cas d'invalidité permanente ouvrant droit à pension d'invalidité.
2. Est considéré en état d'invalidité permanente l'agent affilié à la CNRACL qui est mis à la retraite pour invalidité.
3. Est également considéré en état d'invalidité permanente l'agent affilié au régime général de la Sécurité Sociale qui justifie d'une invalidité classée en 1ère, 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale.

Article 33 : Base de garantie en cas d'invalidité permanente

La base de garantie en cas d'Invalidité permanente est calculée à partir des éléments suivants :

- Base de garantie B1

  Traitement de base constitué du traitement indiciaire brut majoré le cas échéant de la NBI et prime de feu brutes ou pour les membres participants ne percevant pas un traitement indiciaire, du salaire de base brut.

- Base de garantie B2

  Primes et indemnités brutes.

Article 34 : Montant de la prestation

La prestation est exprimée en pourcentage de la base de garantie nette définie ci-avant. Par base de garantie nette, on entend la base de garantie brute, après déduction des cotisations sociales obligatoires.

1. Pour les agents affiliés à la CNRACL

- Si le membre participant invalide est capable d'exercer une activité professionnelle, la Mutuelle assurera le service d'une rente dès lors que la CNRACL verse à l'agent une pension égale au moins à 30 % de son dernier traitement indiciaire brut quel que soit le taux d'invalidité attribué par la commission de réforme.

  Dans ce cas, le montant de la rente servie par la Mutuelle sera égal à 60 % du traitement indiciaire net ou salaire net (hors primes) perçu par l'agent au moment de la mise en retraite pour invalidité, sous déduction de la pension versée par la CNRACL.

- Si le membre participant invalide est absolument et définitivement incapable d'exercer une profession quelconque le montant de la rente servie par la Mutuelle sera égal à un pourcentage de la base de garantie nette définie ci-avant et indiquée dans son certificat d'adhésion, sous déduction de la pension versée par la CNRACL.

  Afin d'évaluer et se prononcer sur la capacité pour le membre participant d'exercer une activité professionnelle, la Mutuelle se réserve le droit de faire procéder à toute visite médicale ou contrôle qu'elle juge utile et nécessaire.

  En cas de refus du membre participant la Mutuelle pourra suspendre le service de la rente.

2. Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité Sociale

  Le montant de la rente dépend de la catégorie d'invalidité dans laquelle le membre participant est classé par le régime de base d'assurance maladie :

- 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée. Le montant de la rente 1ère catégorie est égal à 60 % du salaire net (hors primes), sous déduction de la rente versée par la CPAM.
- 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque. Le montant de la rente 2ème catégorie est égal à un pourcentage de la base de garantie nette définie ci-avant et indiquée dans son certificat d'adhésion perçus par l'agent au moment de la mise en invalidité sous déduction de la rente versée par la CPAM.
- 3ème catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession quelconque, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Le montant de la rente 3ème catégorie est égal à un pourcentage de la base de garantie nette définie ci-avant et indiquée dans son certificat d'adhésion sous déduction de la rente versée par la CPAM.

  En cas de modification de la catégorie d'invalidité survenant pendant la période d'existence de la garantie, la rente est révisée en conséquence.

Article 35 : Revalorisation des rentes en cours de service

En cours de service, les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO, et ce dans la limite des résultats techniques et financiers de la garantie.

Article 36 : Date limite de l'indemnisation et limitations

La rente est payable, trimestriellement à terme échu.

Son service cesse :

- au dernier jour du trimestre civil qui suit le 62ème anniversaire du membre participant, ou, antérieurement s'il atteint l'âge minimum légal pour bénéficier d'une retraite de base ;
- en cas de décès du membre participant. Dans ce cas la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès.

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

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 les régimes légaux, 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 37 : Règlement – Constitution des dossiers

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit adresser à la Mutuelle une demande écrite accompagnée de toutes pièces justificatives, utiles et proportionnées comprenant notamment, et à titre non limitatif :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- l'avis de situation de la retraite pour invalidité CNRACL,
- les douze derniers bulletins de salaire de l'année civile précédant la date de mise à la retraite pour invalidité,
- le décompte de liquidation de la pension CNRACL,
- les bulletins de paiements émanant de la CNRACL.

Pour les agents dépendant du régime général de la Sécurité Sociale :

- la notification d'attribution d'une pension invalidité 1ère, 2ème ou 3ème catégorie,
- les douze derniers bulletins de salaire de l'année civile précédant la date de mise en invalidité,
- les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale.

C - GARANTIE PERTE DE RETRAITE EN CAPITAL

Article 38 : Objet de la garantie

La Mutuelle garantit le versement d'un capital à l'âge de 62 ans au membre participant dès lors que :

- Pour l'agent relevant du régime général de la Sécurité Sociale :

  Il est reconnu en invalidité classée en 2ème ou en 3ème catégorie selon le Code de la Sécurité Sociale et ce avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite.

- Pour l'agent affilié à la CNRACL :

  Il est mis en retraite pour invalidité et est, en outre, absolument et définitivement incapable d'exercer une profession quelconque.

La garantie ne s'applique que si la mise en invalidité est due à des raisons médicales qui ne découlent pas de missions en services commandés.

Article 39 : Base de la garantie Perte de retraite en cas d'invalidité permanente

La base de la garantie Perte de retraite en cas d'Invalidité permanente est calculée à partir des éléments suivants :

- Base de garantie C

  Traitement de base constitué du traitement indiciaire brut majoré le cas échéant de la NBI et prime de feu brutes ou pour les membres participants ne percevant pas un traitement indiciaire, du salaire de base brut.

Au traitement de base s'ajoutent les primes et indemnités brutes.

Article 40 : Montant de la prestation

Le montant de la prestation est versé sous forme de capital, ce dernier est égal à un pourcentage de la base de garantie au moment de la mise en retraite anticipée, multiplié par le nombre d'année entre l'âge du membre participant à la mise en retraite pour invalidité et l'âge légal d'ouverture du droit à la retraite, et au plus tard 62 ans. Le pourcentage est indiqué dans le certificat d'adhésion.

Ce capital n'est dû qu'en cas de vie du membre participant à la date du paiement.

Article 41 : Règlement – Constitution des dossiers

Pour obtenir le paiement du capital le membre participant doit en faire la demande par écrit à la Mutuelle. Cette demande devra être accompagnée de toutes pièces justificatives, utiles et proportionnées demandées par la Mutuelle.

D - GARANTIE PERTE DE RETRAITE EN RENTE

Article 42 : Objet de la garantie

La Mutuelle garantit le versement d'une rente annuelle viagère :

Pour l'agent relevant du régime général de la Sécurité Sociale :

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins les 2/3 avec un classement en invalidité en 2ème ou en 3ème catégorie selon le Code de la Sécurité Sociale et ce avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite,
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Pour l'agent affilié à la CNRACL :

- mis en retraite pour invalidité, avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, et avec un taux d'invalidité d'au moins 50 %,

La rente est versée à compter de la date correspondant à l'âge minimum légal d'ouverture des droit à la retraite applicable en fonction de la catégorie d'emploi dont

Mutuelle Prévifrance, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669.
Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

relève l'assuré et prend le relais du versement de la rente invalidité versée par la Mutuelle. Les prestations ne peuvent en aucun cas se cumuler.

Article 43 : Base de la garantie Perte de retraite en cas d'invalidité permanente

La base de la garantie Perte de retraite en cas d'Invalidité permanente est calculée à partir des éléments suivants :

- Base de garantie B1

  Traitement de base constitué du traitement indiciaire brut majoré le cas échéant de la NBI et prime de feu brutes ou pour les membres participants ne percevant pas un traitement indiciaire, du salaire de base brut.

Article 44 : Montant de la prestation

Le montant des prestations versées sous forme de rente, tient compte de la retraite théorique (montant net) qu'aurait perçue l'assuré s'il avait poursuivi son activité jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite, et de la pension de retraite nette versée par la caisse de retraite ou autre organisme dont il relève.

La retraite théorique prise en référence est celle calculée par son régime de retraite.

Pour les agents à temps non complet, il est tenu compte du nombre d'heures de travail effectué par l'agent.

Le montant de la prestation est égal à 95 % de la perte de retraite de l'agent du fait de son invalidité par rapport à la retraite qu'il aurait perçue en poursuivant son activité jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite. La perte de retraite est définie par la différence entre le montant de la retraite que le membre participant aurait perçu à la date de prise en charge au titre de la présente garantie s'il n'avait pas cessé son activité et le total des diverses pensions dont le membre participant bénéficie (pensions CNRACL, IRCANTEC ou Sécurité sociale).

Aucun avancement ou reclassement à un grade supérieur, susceptible d'intervenir postérieurement à la mise en invalidité permanente, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération. Le grade et l'indice sont figés à la date de mise en invalidité permanente.

La rente est payable trimestriellement à terme échu.

Règle de cumul

L'ensemble des montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite servi par l'assureur ne peut excéder 100% de la retraite théorique qu'aurait perçu l'agent s'il avait poursuivi son activité jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite. Il ne peut pas non plus excéder 75% de la base de garantie B1 constituée des éléments suivants :

Traitement de base constitué du traitement indiciaire brut majoré le cas échéant de la NBI et prime de feu brutes ou pour les membres participants ne percevant pas un traitement indiciaire, du salaire de base brut.

Revalorisation des rentes en cours de service

En cours de service, les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO, et ce dans la limite des résultats techniques et financiers de la garantie.

Article 45 : Date de versement de la prestation

La rente complémentaire est viagère et est servie trimestriellement à terme échu, en relais de la rente invalidité complémentaire versée par la Mutuelle, à partir de la date correspondant à l'âge minimum légal d'ouverture des droit à la retraite applicable en fonction de la catégorie d'emploi dont relève l'assuré.

Article 46 : Terme du versement

La rente cesse d'être versée au décès de l'assuré.

Article 47 : Règlement – Constitution des dossiers

Pour obtenir le versement de la rente le membre participant doit en faire la demande par écrit à la Mutuelle. Cette demande devra être accompagnée de toutes pièces justificatives, utiles et proportionnées demandées par la Mutuelle, notamment :

- la notification de la pension théorique émanant de la caisse de retraite dont relève l'assuré ;
- pour les fonctionnaires relevant du régime spécial : le titre de pension d'invalidité établi par la C.N.R.A.C.L ou le service des Pensions Civiles et Militaires de Retraites ;
- pour les assurés relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale et affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C : les titres de pension de retraite établis, d'une part, par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et, d'autre part, par la Caisse de Retraite Complémentaire.

E - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Article 48 : Objet de la garantie

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

Le membre participant est considéré comme atteint d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) lorsqu'il est prouvé, avant son 62ème anniversaire, qu'il est totalement inapte à la moindre activité ou occupation, et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, ceci correspondant au classement en invalidité 3ème catégorie au sens de la Sécurité Sociale.

Le versement du capital en cas de PTIA met fin à la garantie décès.

Article 49 : Base de la garantie Décès - PTIA

La base de la garantie Capital Décès – PTIA est calculée à partir des éléments suivants :

- Base de garantie D

  Traitement de base constitué du traitement indiciaire brut majoré le cas échéant de la NBI et prime de feu brutes ou pour les membres participants ne percevant pas un traitement indiciaire, du salaire de base brut.

Au traitement de base s'ajoutent les primes et indemnités brutes.

Article 50 : Montant de la prestation

Il est versé un capital aux bénéficiaires désignés en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du membre participant. Le montant du capital dépend de l'option choisie par le membre participant et indiquée sur la demande d'adhésion.

Selon l'option choisie, le capital est calculé de la façon suivante :

- Option 1 :
  - Assuré seul ou avec un enfant à charge : 75 % de la base de garantie annuelle
  - Majoration par enfant à charge supplémentaire : + 25 % de la base de garantie annuelle (dans la limite de 200 % au total)

    Le montant du capital obtenu est réparti par parts égales entre les enfants à charge.
- Option 2 :
  - Assuré seul ou avec un enfant à charge : 125 % de la base de garantie annuelle
  - Majoration par enfant à charge supplémentaire : + 25 % de la base de garantie annuelle (dans la limite de 250 % au total)

    Le montant du capital obtenu est réparti par parts égales entre les enfants à charge.

Majoration de capital en cas de Décès simultané du conjoint

Lorsque les deux conjoints décèdent du fait d'un même événement, les enfants à charge du membre participant ou de son conjoint, tels que définis ci-après, reçoivent un capital complémentaire. Ce, quel que soit l'ordre des décès mais à condition que le décès du conjoint intervienne dans l'année de survenance de l'événement.

Le montant du capital, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est égal à 100 % du capital garanti en cas de décès du membre participant, majorations comprises.

La période de référence pour le calcul de la base des prestations correspond aux douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre.

Lorsqu'un membre participant ne compte pas douze mois civils de présence à temps complet à la date du sinistre, la base est égale à douze fois la moyenne mensuelle des traitements déclarés.

Lorsqu'un membre participant a eu une ou plusieurs périodes d'arrêt de travail au cours des douze mois civils précédents le sinistre, la base annuelle est reconstituée prorata temporis à partir des traitements déclarés au cours des mois civils de présence à temps complet.

Article 51 : Bénéficiaires

Article 51.1 : Bénéficiaires en cas de décès

Bénéficiaires du capital principal (hors majoration pour enfant à charge)

A défaut de désignation spécifique des bénéficiaires du capital principal garanti, les bénéficiaires du capital garanti 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, par parts égales entre eux, les enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut, par parts égales entre eux le père et la mère du membre participant ou le survivant d'entre eux, à défaut les héritiers du membre participant.

Si la clause bénéficiaire type ne convient pas au membre participant, il peut désigner les bénéficiaires de son choix. Pour ce faire, il peut compléter le document prévu à cet effet et l'adresser, daté et signé, à la Mutuelle par lettre recommandée. En retour, la Mutuelle adressera au membre participant un courrier lui confirmant l'enregistrement de la nouvelle clause bénéficiaire.

Le membre participant reste libre de modifier la clause bénéficiaire, dans les conditions indiquées ci-avant.

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 à la Mutuelle les coordonnées de l'étude notariale auprès de laquelle l'acte est déposé.

La modification de la clause bénéficiaire peut être exercée à tout moment par le membre participant, tant qu'il n'y a pas d'acceptation bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé par le membre participant, le bénéficiaire acceptant et la Mutuelle ou, par acte authentique ou sous seing privé entre le membre bénéficiaire et le bénéficiaire acceptant avec notification par écrit à la Mutuelle, conformément à l'article L 223-11 du Code de la Mutualité.

Bénéficiaires des majorations pour enfants à charge et majoration capital en cas de décès simultané du conjoint

Les majorations de capital prévues pour enfants à charge, définis ci-après, sont quant à elles attribuées à ces enfants par parts égales entre eux.

La majoration de capital en cas de décès simultané du conjoint est attribuée aux enfants à charge tels que définis ci-après, par parts égales entre eux.

Article 51.2 : Bénéficiaires en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le bénéficiaire de la prestation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est le membre participant garanti.

Article 52 : Définition des enfants à charge

Sont considérés comme étant à charge, les enfants du membre participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 à 25 ans, lorsqu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées.

Les enfants du conjoint du membre participant remplissant les conditions ci-dessus sont considérés comme à charge si le conjoint en a la garde ou l'a eue jusqu'à leur majorité.

Mutuelle Prévifrance, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669.
Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès, toutefois :

- l'enfant né moins de 300 jours après le décès de l'assuré est pris en considération ;
- En cas de décès, au cours d'un même événement, de l'assuré et d'une ou plusieurs des personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en considération pour le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre du décès, l'assuré est présumé avoir survécu.

Le membre participant ou le bénéficiaire, doit adresser à la Mutuelle, dès survenance du sinistre, 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 ;
- Un acte du Juge des Tutelles 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.

Toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- La déclaration du membre participant de son invalidité ;
- La notification d'attribution de la pension d'invalidité définitive du régime d'assurance maladie obligatoire avec attribution de la tierce personne.

La Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, utile et proportionnée ou faire procéder à tout contrôle lui permettant de valider le paiement des prestations.

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.

Mutuelle Prévifrance, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669.
Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES GARANTIES PRÉVOYANCE PREVI POMPIERS STANDARD

Conforme au règlement mutualiste Prévoyance Prévi Pompiers figurant sur la liste des contrats labellisés fournie par la Direction Générale des Collectivités Locales selon les dispositions des décrets N°2011-1474 du 8 novembre 2011 et N°2022-581 du 20 avril 2022

GARANTIES	BASE DE GARANTIE		PRESTATIONS	NIVEAU DE COUVERTURE
	GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES			
Incapacité Temporaire de Travail (1)	A1	Traitement indiciaire brut (y compris NBI) et primes brutes suivant le statut (1)	Versement d'une indemnités journalière	100 % de la base de garantie nette sous déduction des prestations en espèces versées par l'employeur, par la sécurité sociale ou tout autre organisme
	A2	Primes et indemnités qui ne suivent pas le statut		100 % de la base de garantie nette sous déduction des prestations en espèces versées par l'employeur, par la sécurité sociale ou tout autre organisme
Invalidité permanente	B1	Traitement indiciaire brut (y compris NBI et prime de feu brutes le cas échéant)	Versement d'une rente trimestrielle	- 100 % de la base de garantie nette sous déduction des prestations versées par la CNRACL ou tout autre organisme, si l'agent est absolument et définitivement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle ou classé en invalidité 2ème ou 3ème catégorie - 60 % de la base de garantie nette sous déduction des prestations versées par la CNRACL ou tout autre organisme, si l'agent est capable d'exercer une activité professionnelle et dès lors qu'il perçoit une pension CNRACL au moins égale à 30% du dernier traitement indiciaire brut d'activité ou qu'il est classé en invalidité 1ère catégorie
	B2	Primes brutes		100 % de la base de garantie nette sous déduction des prestations versées par la CNRACL ou tout autre organisme, si l'agent est absolument et définitivement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle ou classé en invalidité 2ème ou 3ème catégorie
	RENFORT(S)			
Perte de Retraite en capital	c	Traitement indiciaire brut (y compris NBI et prime de feu brutes) et primes brutes le cas échéant	Versement d'un capital	Versement d'un capital égal à 4 % de la base de garantie au moment de la mise en retraite anticipée, multiplié par le nombre d'année entre l'âge du membre participant et l'âge légal d'ouverture du droit à retraite, et au plus tard 62 ans
Perte de Retraite en rente	B1	Traitement indiciaire brut (y compris NBI et prime de feu brutes)	Versement d'une rente viagère	Versement d'une rente permettant de compenser 95 % de l'écart entre la retraite théorique qu'aurait perçu l'assuré s'il avait poursuivi son activité jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite et la pension de retraite réelle perçue.
Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	D	Traitement indiciaire brut (y compris NBI et prime de feu brutes) et primes brutes le cas échéant	Versement d'un capital	Option 1 Assuré seul ou avec un enfant à charge : 75 % de la base de garantie annuelle Majoration par enfant à charge supplémentaire ; 25 % de la base de garantie annuelle (dans la limite de 200 % au total)
				Option 2 Assuré seul ou avec un enfant à charge : 125 % de la base de garantie annuelle Majoration par enfant à charge supplémentaire ; 25 % de la base de garantie annuelle (dans la limite de 250 % au total)

- Adhésion soumise à questionnaire médical et acceptation de la Mutuelle
- Après acceptation de la demande d'adhésion, se référer
  - au certificat d'adhésion formalisant le détail des garanties choisies dans la demande d'adhésion
  - au courrier d'exclusion éventuellement émis par la Mutuelle
  - au règlement mutualiste qui régit les droits et obligations des membres participants et de la Mutuelle au titre de cette adhésion ainsi qu'aux statuts

(1) Pour la garantie Incapacité temporaire de travail (ITT), on distingue les primes dont la prise en charge par l'employeur suit le statut en cas d'ITT et celles qui ne suivent pas le statut. Par traitement de base, on entend le traitement indiciaire brut.