

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

OFFRE PREVOYANCE

Contrat n° : CCFP-001-CP

La présente notice d'information prend effet le 1^{er} Janvier 2017

Contrat collectif prévoyance à adhésion facultative,

Régi par les dispositions du Code de la mutualité, par l'ensemble de la législation et de la réglementation en matière de protection sociale, du Statut générale de la fonction publique, du Statut de la fonction publique territoriale et par les dispositions relatives à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Souscrit auprès de la mutuelle Intériale par le Centre Interdépartemental de Gestion de la petite couronne de la Région d'Ile-de-France, dont le siège social est situé 157, avenue Jean Lolive - 93698 PANTIN CEDEX.

PREAMBULE

Le contrat collectif à adhésion facultative conclu entre Intérieure (« la Mutuelle »), et le Centre Interdépartemental de Gestion de la petite couronne de la Région d'Ile-de-France (CIG petite couronne) (« le Souscripteur »), agissant pour le compte des collectivités territoriales et leurs établissements publics de son ressort géographique et ayant adhéré audit contrat collectif (les « Collectivités mandantes »), a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure, directement ou indirectement, au bénéfice des agents (les « Membres participants ») du Souscripteur ou des Collectivités mandantes, remplissant les conditions définies par la présente notice d'information, des garanties Prévoyance.

DEFINITIONS

Pour l'application des dispositions de la présente notice d'information, il faut entendre par :

- « **Souscripteur** », le Centre de Gestion qui, en ratifiant le contrat collectif à adhésion facultative, adhère aux Conditions Générales et Particulières dudit contrat pour elle-même et pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics de son ressort géographique qui lui ont donné mandat ainsi que leurs agents.
- « **Collectivités mandantes** », les collectivités territoriales et leurs établissements publics du ressort géographique du Centre de Gestion qui lui ont donné mandat et qui ont adhéré au contrat collectif à adhésion facultative.
- « **Membre participant** » la personne physique adhérant au contrat collectif à adhésion facultative, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.
- « **Bénéficiaires** », la personne qui recevra la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation d'un risque garanti au titre du contrat collectif à adhésion facultative.
- « **Garantie Prévoyance** », les garanties pouvant couvrir l'Incapacité Temporaire Total de travail (ITT), l'Invalidité Permanente, la Perte de Retraite consécutive à une Invalidité Permanente, le Décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).
- « **Franchise** », la période, suivant la survenance du sinistre, pendant laquelle les prestations garanties ne sont pas versées par la Mutuelle.
- « **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** », le membre participant atteint, lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement sans que la Mutuelle soit tenue à une éventuelle décision d'un tiers, d'une :
 - Invalidité qui le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer un gain ou profit ;
 - Invalidité qui le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- « **Accident** » toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

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

GARANTIES

Le contrat collectif à adhésion facultative propose une Offre de Base et un Pack INTERIALE au choix du Souscripteur ou des Collectivités mandantes.

L'Offre de Base est organisée en 4 garanties :

- Garantie n° 1 : maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- Garantie n° 2 : maintien de salaire en cas d'Invalidité Permanente ;
- Garantie n° 3 : rente en cas de perte de retraite consécutive à une Invalidité Permanente ;
- Garantie n° 4 : la Garantie décès – PTIA.

La garantie n°1 est la garantie minimale souscrite par le membre participant.

La garantie n°2 est obligatoire lorsque le membre participant souhaite souscrire à la garantie n°3.

Le choix de la garantie pour l'Offre de Base appartient au membre participant.

Ces garanties sont définies au sein de la présente notice d'information.

ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

◆ Entrée en vigueur du contrat collectif

Le contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le CIG petite couronne agissant pour le compte des collectivités territoriales et leurs établissements publics de son ressort géographique et ayant adhéré audit contrat collectif prend effet à compter du 1^{er} janvier 2013.

Ce contrat collectif est conclu pour une période de six ans à compter de sa date d'effet et pourra être reconduit expressément pour une durée d'un an pour des motifs d'intérêt général.

◆ Population concernée

A la date de prise d'effet du contrat, peuvent adhérer en qualité de membre participant de la Mutuelle au titre du contrat collectif à adhésion facultative l'ensemble des agents actifs ci-dessous employés par le Souscripteur et les Collectivités mandantes :

- Les fonctionnaires, titulaires ou stagiaires, à temps complet ou non ;
- Les agents non titulaires de droit public ;
- Les agents contractuels de droit privé ;
- Les agents détachés auprès du Souscripteur ou des Collectivités mandantes.

Les agents mis à disposition peuvent adhérer au contrat collectif à adhésion facultative sous condition d'obtention de l'autorisation de la collectivité ou de l'établissement dont ils dépendent.

◆ Information lors de l'adhésion

Le Souscripteur ou les Collectivités mandantes remet(te) au membre participant ou futur membre participant, avant son adhésion au contrat, un bulletin d'adhésion, les Statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle, et en application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, une notice établie par

la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur et les Collectivités mandantes sont également tenus d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

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

La preuve de la remise de la notice, des Statuts et du règlement intérieur au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au Souscripteur et aux Collectivités mandantes.

Concernant les garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs, le Souscripteur et les Collectivités mandantes remettent au membre participant une notice établie par l'organisme assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

◆ Conditions et modalités d'adhésion au contrat collectif

• Conditions d'adhésion

- Dans les 12 premiers mois de la date d'effet du contrat, de la date d'embauche ou de la date de reprise d'activité
- Tous les agents actifs en état normal de service, présents dans l'effectif ou nouvellement embauchés, peuvent adhérer aux garanties du contrat sans limite d'âge, sans délai de stage, à la condition que leur adhésion ait été demandée dans les 12 mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou la date de leur embauche.
- L'agent en arrêt de travail ou bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat ne pourra demander son adhésion qu'à compter du 31^{ème} jour de reprise d'activité à temps complet. Les garanties prévues au contrat prendront effet au plus tôt à l'issue d'une période de 31 jours ininterrompus de travail.
- L'agent qui n'était pas en activité normale de service à la date de prise d'effet du contrat pour des raisons autres que médicales (disponibilité d'office pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale) pourra y adhérer sans condition particulière, sans délai de stage, à la condition que la demande d'adhésion soit faite dans les 12 mois qui suivent sa reprise d'activité. Ce délai commence à courir à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la reprise d'activité.
- L'agent justifiant de l'appartenance à un autre organisme assureur couvrant les mêmes risques, dans les mêmes conditions, pourra demander à bénéficier des garanties du contrat, au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat ou à la date de son embauche si elle est postérieure ou à la date de sa reprise d'activité à temps complet, à la condition que la radiation de son ancien contrat et son adhésion au présent contrat soient simultanées.
- Au-delà des 12 premiers mois
- Au-delà de la période d'ouverture de 12 mois, le contrat reste ouvert sans délai de stage uniquement pour les nouveaux embauchés qui procèdent à leur demande d'adhésion (ou à la souscription d'une garantie optionnelle) dans les 12 mois suivant leur date de leur embauche.
- Les agents actifs en état normal de service à la date d'effet du contrat ou les agents nouvellement embauchés qui ont souhaité adhérer au contrat (ou souscrire à une garantie optionnelle) plus de 12 mois après, respectivement la date d'effet du contrat ou la date de leur embauche, verront leur adhésion soumise à un délai de stage de 6 mois. A ce titre, tout sinistre survenu pendant les 6 mois de

stage ne donnera lieu à aucune indemnisation.

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

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

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

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

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

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

- **Formalités d'adhésion au contrat collectif**

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

1. Le bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, dûment complété, daté et signé ;
2. Une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide ;
3. Selon le choix du Souscripteur et des Collectivités mandantes, une demande de précompte sur traitement ou salaire ou un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB ;
4. Le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme d'assurance prévoyance.

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

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

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, de son règlement intérieur, des notices d'information ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif à adhésion facultative.

- ◆ **Date d'effet de l'adhésion**

- **Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif**

La date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif est le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

Toutefois, l'agent justifiant de l'appartenance à un autre organisme assureur couvrant les mêmes risques, dans les mêmes conditions, peut adhérer au présent contrat à la date d'effet de la résiliation de l'ancien contrat, et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat, ou à la date de son embauche, ou à la date de sa reprise d'activité à temps complet, sous réserve que la demande de radiation de l'ancien contrat et l'adhésion au présent contrat soient simultanées.

- Prise d'effet de la « Garantie Prévoyance »

La prise d'effet de la « Garantie Prévoyance » est la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative telle que précisée au bulletin d'adhésion, sauf application des délais de franchise et jours de carence prévus pour certaines garanties.

Les sinistres indemnisés dans le cadre du contrat collectif sont les sinistres nés pendant la durée de l'adhésion du membre participant au contrat.

Est uniquement pris en charge tout sinistre déclaré postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion dont le fait générateur est survenu durant la période de validité de ladite adhésion.

- ◆ **Faculté de renonciation**

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

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

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant au ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès d'Intérieure. (Date et signature de l'adhérent) ».

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

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée ; l'adhésion étant censée n'être jamais intervenue.

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

- ◆ **Durée et renouvellement de l'adhésion à la Mutuelle**

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

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf résiliation dans les conditions détaillées dans la présente notice.

MODIFICATION – SUSPENSION – TERME – MAINTIEN DE LA GARANTIE

- ◆ **Modification des garanties**

Le changement de garantie facultative en option peut s'effectuer par le membre participant selon les modalités suivantes :

- A la baisse : un membre participant peut basculer vers un pack inférieur ou résilier la garantie facultative en option en cours d'année moyennant le respect d'un préavis de 2 mois ;
- A la hausse : un membre participant peut basculer vers un pack supérieur ou souscrire à la garantie facultative optionnelle à chaque date d'échéance de son adhésion. Au-delà de la période d'ouverture de 12 mois sans formalités, toute modification de garantie à la hausse est soumise à un délai de stage de 6 mois.

Le nombre de changement de pack ou de choix ou non de la garantie facultative en option est limité à 2 par membre participant sur la durée du contrat collectif à adhésion facultative.

◆ **Suspension des garanties d'un membre participant**

En cas de congé parental, disponibilité pour convenance personnelle, congé de solidarité familiale, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, ou mise en disponibilité du membre participant pour des raisons autres que médicales, la garantie prévue au contrat pour ce membre participant est suspendue de plein droit au jour de l'évènement.

La suspension s'achève à la reprise effective du travail de l'intéressé, sous réserve que la Mutuelle en soit informée par le Souscripteur ou les Collectivités mandantes dans le délai d'un mois suivant cette reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due à la Mutuelle.

◆ **Terme des garanties d'un membre participant**

Les garanties prévues par le contrat collectif à adhésion facultative prennent fin :

- A la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier du contrat collectif ;
- A la date de résiliation, par le membre participant, de son adhésion dans les conditions définies par la présente notice ;
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies par la présente notice ;
- En cas de cessation d'activité pour les membres participants admis à faire valoir leurs droits à la retraite ;
- En cas de cessation d'activité pour les membres participants placés en congé parental et en disponibilité pour convenances personnelles, pour la garantie maintien de salaire consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail. La cessation de ladite garantie est fixée le jour de l'évènement et les cotisations afférentes sont dues jusqu'à la fin du mois en cours. L'adhérent reste redevable des cotisations afférentes aux autres garanties souscrites ;
- A l'âge légal de départ à la retraite pour les garanties Invalidité Permanente, Perte de Retraite consécutive à une Invalidité Permanente et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;
- A l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties maintien de salaire consécutives à une Incapacité Temporaire Totale de travail et la garantie décès – PTIA ;
- Au décès du membre participant ;
- A la date d'effet de la radiation du membre participant des effectifs du Souscripteur ou des Collectivités mandantes ;
- A la date d'effet de l'exclusion du membre participant de la Mutuelle ;
- A la date d'effet de la résiliation du contrat collectif par le Souscripteur, la Collectivité mandante ou la Mutuelle.

Dans tous les cas, le terme de la garantie prévue par le contrat entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les membres participants.

Toutefois, dans le cas où un agent quitterait la Collectivité mandante pour un autre employeur public qui n'a pas mis en place de convention de participation, celui-ci pourrait conserver le bénéfice de son contrat à titre individuel dans les mêmes conditions de prestations. Dans ce cas la grille de cotisation appliquée correspondra à la grille appliquée aux collectivités dont la participation est inférieure à 25% sans toutefois que l'agent puisse pouvoir prétendre au bénéfice de la participation.

◆ **Maintien des prestations**

Dans le cadre des garanties « maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail », « maintien de salaire en cas d'Invalidité Permanente » et « rente en cas de perte de retraite consécutive à une Invalidité Permanente », la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif à adhésion facultative est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

◆ Maintien des garanties - Dispositif Loi Evin

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif à adhésion facultative, en application de l'article 6 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin », après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion du membre participant audit contrat collectif, la Mutuelle ne peut refuser à l'agent, ancien membre participant qui en fait la demande, de maintenir les garanties Prévoyance, objet dudit contrat, à titre individuel.

Le maintien des garanties Prévoyance est applicable à condition que l'agent n'ait pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Le maintien des garanties Prévoyance par la Mutuelle s'effectue alors sans réduction de celles-ci, ni augmentation ultérieure du tarif fondée sur l'évolution de l'état de santé dudit agent.

La Mutuelle conserve néanmoins la possibilité de majorer le tarif des garanties Prévoyance objet du contrat collectif à adhésion facultative, à condition que la hausse soit uniforme pour l'ensemble des agents, anciens membres participants, qui ont fait la demande de maintien desdites Garanties Prévoyance.

RESILIATION DE L'ADHESION – EXCLUSION DES MEMBRES PARTICIPANTS

◆ Résiliation de l'adhésion au contrat collectif

- Au 31 décembre de chaque année :

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion, chaque année, en envoyant à la Mutuelle une lettre recommandée, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat collectif, soit avant le 31 Octobre de chaque année.

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

- En cas de modification des droits et obligations :

En cas de modification apportée aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur et les Collectivités mandantes sont tenus d'en informer chaque membre participant en lui remettant la notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son adhésion à la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au Souscripteur et aux Collectivités mandantes.

◆ Exclusion des membres participants

Peut être exclu de la Mutuelle, dans le respect des règles définies par le Code de la mutualité et selon ses statuts, tout membre participant qui aurait causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté, sous réserve du respect des dispositions dudit code.

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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

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

INFORMATIQUE ET LIBERTES

◆ Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droit éventuels.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

◆ Protection des données personnelles

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires, assureurs et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), dont le siège social est située 61 rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09.

DISPOSITIONS DIVERSES

◆ Législation

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

Les garanties présentées par la Mutuelle, et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

◆ Monnaie

Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation mutualiste sont effectués en euros.

◆ Fausse déclaration intentionnelle

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

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

◆ Fausse déclaration non intentionnelle

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

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

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

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

◆ Subrogation

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

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

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

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

◆ Médiation - Contestation

Les dispositions relatives à la médiation et à toute contestation liées aux garanties assurées par la Mutuelle sont prévues par les Statuts de la Mutuelle.

◆ Loi applicable - Langue applicable

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la loi française.

La langue française est la langue applicable au contrat collectif à adhésion facultative qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

PRESENTATION DES GARANTIES PREVOYANCE

Dispositions communes à l'ensemble des garanties

◆ Fixation de la cotisation mutualiste

- Assiette de la cotisation

Le traitement de référence servant de base aux calculs des cotisations est défini comme étant :

- Pour les **agents de droit public**, la somme du dernier traitement Indiciaire Brut (TIB) mensuel et de la dernière Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI).
Par NBI, il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI ;
- Pour les **agents de droit privé**, la somme de la dernière rémunération brute mensuelle.

Le régime indemnitaire (primes) sera pris en compte dans le traitement de référence servant de base aux calculs des cotisations versées à la Mutuelle, en fonction du choix opéré par le Souscripteur et les Collectivités mandantes lors de leur adhésion au contrat collectif à adhésion facultative.

Par régime indemnitaire, il faut entendre :

- Pour les **agents de droit public**, les primes telles que définies par le décret n° 91-875 du 6 septembre 1991, les indemnités et les gratifications brutes résultant de dispositions législatives ou réglementaires à l'exclusion des remboursements de frais et des indemnités accessoires rattachées à l'exercice des fonctions ;
- Pour les **agents de droit privé**, les primes et les indemnités brutes qu'ils auraient perçues en contrepartie ou à l'occasion de leur travail.

Le régime indemnitaire est couvert dans les mêmes conditions de franchise et de plafond que le salaire.

Ne sont pas garanties :

- **Les primes liées à la manière de servir et/ou aux résultats obtenus ;**
 - **Les primes liées au remplacement des agents ;**
 - **Les primes et indemnités représentatives de frais ;**
 - **Les primes liées à l'organisation du temps de travail.**
- Montant de la cotisation

Les montants des cotisations incluent les taxes applicables aux taux en vigueur au jour de la prise d'effet du contrat collectif à adhésion facultative.

- Révision de la cotisation

Conformément aux dispositions de l'article 20 du décret n° 2011-174 du 8 novembre 2011, le niveau de cotisation pourra être révisé à tout moment dans les cas suivants et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité ;
- Variation du nombre d'agents ;
- Evolution démographique de la population assurée ;
- Modification de la réglementation.

Après réception de l'avis de modification des cotisations, le Souscripteur disposera de 2 mois pour y répondre, favorablement ou pas.

En cas de refus de modification, par le Souscripteur, le contrat collectif à adhésion facultative sera résilié de plein droit à sa date d'échéance annuelle.

L'absence de réponse du Souscripteur vaut acceptation des nouveaux tarifs.

◆ Prestations

- Base de garantie

La base de calcul des prestations est définie, pour les **agents de droit public**, comme le traitement indiciaire et la NBI nets que le membre participant aurait perçus s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge, le tout, calculé sur la moyenne des trois derniers mois et multiplié par 12.

La base de calcul des prestations est définie, pour les **agents de droit privé**, comme la rémunération nette que le membre participant aurait perçue s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge, le tout, calculé sur la moyenne des trois derniers mois et multiplié par 12.

Le régime indemnitaire (primes) sera pris en compte pour le calcul des prestations versées aux bénéficiaires, en fonction du choix opéré par le Souscripteur et les Collectivités mandantes lors de leur souscription au contrat collectif à adhésion facultative.

- Revalorisation du montant des prestations

En cours de service, le montant des prestations « garantie maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail », « garantie maintien de salaire en cas d'Invalidité Permanente » et « garantie perte de retraite consécutive à une Invalidité Permanente » est revalorisé annuellement à chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale, y compris après résiliation du contrat collectif à adhésion facultative.

- Valeur du Point Indice retenue pour le calcul de la base de garantie et la revalorisation du montant des prestations

La valeur du Point Indice de la Fonction Publique servant au calcul de la base de garantie pour l'exercice 2013 correspond à la valeur au 1^{er} juillet 2012.

Pour les années suivantes, la Mutuelle notifiera au Souscripteur et aux Collectivités mandantes la valeur du point d'indice retenu.

- Paiement des prestations

Toute demande de paiement des prestations doit être adressée à la Mutuelle au plus tard 3 mois après la date à laquelle le membre participant est amené à subir un préjudice financier.

◆ **Contrôle médical**

La Mutuelle se réserve le droit envers tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations, de réaliser des contrôles ou enquêtes ou de faire procéder à des visites médicales par un médecin agréé.

Au vu des conclusions du contrôle, la Mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande, l'arrêt ou la poursuite du paiement des prestations et notifie sa décision à l'intéressé directement ou par l'intermédiaire du Souscripteur ou des Collectivités mandantes.

Si le résultat du contrôle est contesté par le membre participant ou par le médecin du membre participant, ceux-ci peuvent demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin mandaté par la Mutuelle. Les frais afférents à cette procédure seront supportés par le membre participant.

En tout état de cause, la contestation doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle le membre participant a été informé de la décision procédant des conclusions du contrôle. A défaut, les prestations éventuellement dues à la suite d'une contre-expertise ne prendront effet qu'à partir de la date de cette dernière.

Suite à l'expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci font appel à un troisième praticien pour les départager.

En l'absence d'entente sur la désignation de l'arbitre, ce choix sera fait à la diligence de la Mutuelle, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du membre participant.

Les conclusions du troisième médecin s'imposent aux parties, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires sont :

- A la charge de la Mutuelle si le troisième médecin infirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin agréé de la Mutuelle dans le cadre du contrôle médical ;
- A la charge du membre participant si le troisième médecin infirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin mandaté par la Mutuelle dans le cadre de la procédure d'arbitrage.

Si le membre participant se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie est suspendue à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre participant.

◆ **Changement de situation en cours de garantie**

Le membre participant doit aviser sans délai la Mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir un incident sur le bénéficiaire de la garantie, et ce même en cas d'effet pécuniaire rétroactif.

Le membre participant devra produire à cet effet toutes pièces justificatives. Il s'engage à rembourser spontanément à la Mutuelle toutes les sommes perçues à tort – qu'elles aient fait ou non l'objet de rappels – se rapportant aux périodes pendant lesquelles la prestation lui aura été versée.

◆ **Risques exclus**

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

- Du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant, de la tentative de suicide ;
- De faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante ;
- De guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active ;
- De mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la sécurité sociale ;
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ;
- De cataclysmes, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée ;
- D'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits ;
- D'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal toléré) ou d'ivresse manifeste, lorsque sa responsabilité est engagée ;
- De vols sur ailes volantes, ULM, parapentes, sports extrêmes, rallyes, courses, sauts à l'élastique ;
- D'activités sportives ou de loisirs pratiqués dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel ;
- De vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- De démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, tentatives de records.

Sont par ailleurs exclus, des risques spécifiques à la garantie décès – PTIA, et ne donnent lieu à aucun paiement les conséquences :

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

Garantie Maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

◆ Objet de la garantie

La présente garantie a pour objet de garantir aux membres participants en activité de service le versement d'indemnités journalières en cas de survenance, en cours de validité de leur adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, d'une Incapacité Temporaire Totale de travail.

◆ Présentation de la garantie :

La présente garantie « maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail » peut être souscrite seule ou associée à d'autres garanties.

◆ Taux de couverture

Le taux de couverture est de 95 % de la base de garantie définie par la présente notice.

◆ Définition de la garantie

La Mutuelle garantit au membre participant le versement d'indemnités journalières en cas de perte du traitement ou du salaire et en cas de perte de primes (si le Souscripteur ou les Collectivités mandantes choisissent d'inclure le régime indemnitaire dans l'assiette de cotisation et de prestation) consécutives à une Incapacité Temporaire Totale de travail.

Est considéré comme atteint d'Incapacité Temporaire Totale de travail tout membre participant en activité, qui est dans l'obligation reconnue par la Mutuelle de cesser toute activité professionnelle, à la suite :

- D'une maladie non professionnelle ou ;
- D'un accident de la vie privée ou ;
- D'un accident ou d'une maladie professionnelle, pour la part de rémunération relative au régime indemnitaire, dans le cas où il ne serait pas indemnisé par la collectivité ou la Collectivité mandante.

Le membre participant perçoit, à ce titre, des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique Territoriale dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou perçoit, des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

Le fait générateur doit survenir en cours de période d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative.

La garantie est due si le membre participant est reconnu comme atteint d'Incapacité Temporaire Totale de travail et ne perçoit plus son plein traitement.

La Mutuelle se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque conformément aux dispositions relatives au contrôle médical défini par la présente notice.

◆ Montant de la prestation

La mutuelle garantit le versement d'indemnités journalières d'un montant unitaire égal à la différence entre :

- Le produit de la 360^{ème} part de la base de garantie définie par la présente notice par le taux de couverture prévu à ladite notice ;

ET

- Les montants journaliers que le membre participant perçoit au titre de son arrêt, soit :
 - Le salaire ou traitement net, que le membre participant continue à percevoir de son employeur,

- Les primes que le membre participant continue à percevoir de son employeur (si le Souscripteur ou les Collectivités mandantes choisissent d'inclure le régime indemnitaire dans l'assiette de cotisation et de prestation),
- Les prestations en espèce servies par l'assurance maladie obligatoire,
- Les prestations servies par tous les autres organismes.

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

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

- Règle de cumul

Le montant des indemnités journalières versées par la Mutuelle, augmenté des prestations versées par l'employeur et de toute autre indemnité statutaire ou réglementaire, ne peut excéder un montant égal au produit du taux de couverture prévu à la présente notice et au 360^{ème} de la base de garantie définie à ladite notice.

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

- Plafond

Le plafond est égal à 45%.

L'indemnité journalière est limitée au produit de ce plafond par le 360^{ème} de la base de garantie définie à ladite notice.

◆ **Point de départ de la prestation**

- Il est rappelé que :

- Depuis le 1^{er} janvier 2012 « hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article 27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents publics civils ou militaires en congé de maladie, ainsi que les salariés dont l'indemnisation du congé maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de Sécurité sociale, ne perçoivent pas leur rémunération au titre du premier jour de ce congé ». Ce premier jour est appelé « jour de carence » ;
- Les membres participants dont l'indemnisation du congé maladie est assurée par le régime obligatoire de la Sécurité sociale, perçoivent s'ils remplissent les conditions fixées par le Code de la Sécurité sociale, des indemnités journalières pendant leur arrêt de travail pour maladie à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail après un délai de carence de 3 jours.

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, que le membre participant relève des dispositions des Statuts de la Fonction Publique Territoriale ou des dispositions du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne prend pas en charge les jours de carence ci-dessus mentionnés.

- Période de franchise

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

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

- Aux agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'état :

- En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour ;
 - En cas de congé longue maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année ;
 - En cas de congé longue durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année ;
 - En cas de congé longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année ;
 - En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire.
- Aux agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :
 - En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour ;
 - En cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.
 - Aux agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

En cas de maladie ordinaire :

 - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque le membre participant subit une perte de salaire ;
 - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
 - Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- Sous réserve des jours de carence et de la période de franchise, la Mutuelle verse ses prestations :
 - Dès que les indemnités versées par l'employeur en application du Statut de la Fonction Publique Territoriale ne garantissent plus le maintien du traitement indiciaire net ;
 - Dès que des indemnités sont versées au titre du régime obligatoire de Sécurité sociale et dès lors qu'il y a perte de rémunération subie par le membre participant du fait de son incapacité de travail.

◆ Terme du versement de la prestation garantie

Le versement de la prestation garantie prend fin :

- A la date de la reprise d'activité à temps complet du membre participant ;
- Au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre des Statuts de la Fonction Publique ou par le régime obligatoire de la Sécurité sociale ;
- En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical demandé par la Mutuelle ;
- A la date de liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base du membre participant ;
- A la date de la liquidation de la pension de retraite ;
- A la date du décès ou de la PTIA du membre participant ;
- A l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein ;
- En cas de cessation d'activité pour les membres participants placés en congé parental et en disponibilité pour convenances personnelles. La cessation de la garantie est fixée le jour de l'évènement et les cotisations afférentes sont dues jusqu'à la fin du mois en cours. L'adhérent reste redevable des cotisations afférentes aux autres garanties souscrites ;
- En cas de démission ou de radiation des effectifs du Souscripteur ou des Collectivités mandantes.

◆ Pièces à fournir en cas de sinistre

- Lors de la demande initiale d'indemnisation :
 - La demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée ;
 - Tout document à caractère administratif indiquant notamment la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, (ou autre...) ;
 - Un certificat médical attestant de l'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
 - Les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur ;
 - Les décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser ;
 - Le dernier bulletin de salaire indiquant l'indice brut et le montant du plein traitement devant servir de base au calcul des prestations.

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

Garantie Maintien de salaire en cas d'Invalidité Permanente

◆ **Objet de la garantie**

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

◆ **Présentation de la garantie**

- Dans l'Offre de Base :
 - La présente garantie « maintien de salaire en cas d'Invalidité permanente » est indissociable des garanties « maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ». Elle peut également être associée à la garanties « décès – PTIA » et « perte de retraite consécutive à une Invalidité Permanente ».

◆ **Taux de couverture**

Le taux de couverture est de 95 % de la base de garantie définie à la présente notice.

◆ **Définition de la garantie**

La Mutuelle garantit au membre participant le versement d'une rente en cas de perte du traitement ou de salaire et de primes (si le Souscripteur ou les Collectivités mandantes choisissent d'inclure le régime indemnitaire dans l'assiette de cotisation et de prestation), consécutive à un placement en Invalidité permanente.

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

- Pour les agents affiliés à la CNRACL, avoir été mis à la retraite pour une invalidité sans taux minimum d'invalidité et être reconnu inapte à exercer toute activité professionnelle par la Mutuelle;
- Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale : justifier d'un taux d'invalidité, non imputable au service, d'au moins 2/3 avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale.

Le versement d'une prestation par la Mutuelle met fin au versement des prestations au titre de la Garantie maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

◆ Montant de la prestation

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

- Le produit du taux de couverture prévu à la présente notice par le 12^{ème} de la base de garantie définie à ladite notice ;

ET

- Les sommes que le membre participant perçoit au titre de son Invalidité Permanente : prestations mensuelles servies par la CNRACL, la Sécurité sociale, ou tout autre organisme liquidateur auquel le membre participant est affilié.

- Règle de Cumul

Le montant mensuel des prestations en cas d'Invalidité Permanente versées par la Mutuelle, augmentées des prestations mensuelles servies par la CNRACL, la Sécurité sociale, ou tout autre organisme liquidateur et quelle que soit la nature juridique desdites prestations ne peut excéder le produit du taux de couverture prévu à la présente notice par la base de garantie définie à la dite notice.

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

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

- Plafond

Le plafond est égal à 45%.

La rente mensuelle est limitée au produit de ce plafond par le 12^{ème} de la base de garantie définie à ladite notice.

◆ Exonération de cotisation

Le membre participant reconnu en Invalidité Permanente au titre du contrat est exonéré du paiement de la cotisation afférente aux garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail » et « Invalidité Permanente ».

◆ **Point de départ et durée du service de la prestation**

• Point de départ de la prestation

La prestation de la Mutuelle est servie :

- Pour les membres participants remplissant les critères de l'Invalidité Permanente prévus ci-dessus et relevant du Statut de la Fonction Publique Territoriale, à compter de la date de mise en retraite pour invalidité ;
- Pour les membres participants remplissant les critères de l'Invalidité Permanente prévus ci-dessus et relevant du régime général de la Sécurité sociale à compter de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité pour 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

• Durée du service de la prestation

Le versement de la prestation par la Mutuelle cesse :

- Le jour de la reprise d'une activité professionnelle même partielle du membre participant ;
- Le jour du décès du membre participant ;
- Le jour de la liquidation de la pension vieillesse pour le membre participant (lorsque celui-ci relève du régime général de la Sécurité sociale) ;
- A l'âge légal de départ à la retraite.

◆ **Pièces à fournir en cas de sinistre**

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

En cas d'Invalidité Permanente, doit être transmis à la Mutuelle le dossier complet suivant comprenant :

- La demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée ;
- La carte nationale d'identité en cours de validité datée, signée et certifiée conforme par le membre participant, à défaut un extrait de naissance de moins de 3 mois comportant les mentions marginales ;
- Un certificat médical délivré par le médecin traitant du membre participant attestant qu'il est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit ;
- Le dernier bulletin de salaire du membre participant indiquant l'indice brut devant servir de base au calcul des prestations ;
- Une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé maladie ;
- Eventuellement, le décompte des prestations en cas d'Invalidité Permanente servies par d'autres organismes que la CNRACL ou la Sécurité sociale.

Pour les membres participants relevant de la Fonction Publique Territoriale :

- Le décompte de liquidation de retraite pour Invalidité Permanente CNRACL mentionnant le taux d'invalidité et la date de mise à la retraite pour invalidité ;
- Les bulletins de paiement émanant de la CNRACL à l'ouverture des droits et à chaque début d'année.

Pour les membres participants relevant de la Sécurité sociale :

- La notification d'attribution d'une rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- Les décomptes de paiement de la Sécurité sociale.

Garantie perte de retraite en cas d'Invalidité Permanente

◆ Objet de la garantie

La présente garantie a pour objet de garantir aux membres participants le versement d'une rente annuelle viagère en cas de survenance du risque perte de retraite consécutive à une Invalidité Permanente.

◆ Présentation de la garantie :

- La présente garantie « perte de retraite consécutive à une Invalidité Permanente » est indissociable des garanties « maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail » et « maintien de salaire en cas d'Invalidité Permanente » ;
- Elle peut également être associée à la garantie « décès – PTIA ».

◆ Taux de couverture

Le taux de couverture est de 100 % de la base de garantie définie à la présente notice.

◆ Définition de la garantie

La Mutuelle garantit le versement, aux agents affiliés à la CNRACL, d'une rente annuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse du membre participant compensant la perte de retraite due à la cessation d'activité anticipée consécutive à une Invalidité Permanente survenue avant la liquidation de sa pension de retraite et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.

L'Invalidité Permanente dans le cadre du risque perte de retraite est reconnue lorsque l'agent affilié à la CNRACL est dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite d'un accident ou d'une maladie de la vie privée, de service ou professionnel et a été mis à la retraite pour une invalidité sans taux minimum d'invalidité.

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

L'agent affilié à la CNRACL ne pourra être pris en charge au titre de la présente garantie que s'il est reconnu par la Mutuelle inapte à exercer une quelconque activité professionnelle.

◆ Montant de la prestation

Le montant de la rente annuelle est égal au produit du taux de couverture prévu à la présente notice par la différence entre la retraite théorique annuelle à laquelle le membre participant aurait pu prétendre s'il avait exercé son activité jusqu'à l'âge légal minimum de départ à la retraite, et le montant annuel net des pensions de retraite réellement perçues.

Le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés au niveau atteint lors de la constatation de l'invalidité.

◆ Règle de cumul applicable au calcul de la rente mensuelle

La somme du montant des pensions et retraites des régimes légaux et de la rente servie par la Mutuelle ne peut excéder le produit du plafond réglementaire prévu pour une carrière complète par le taux de couverture prévu à la présente notice diminué des cotisations sociales obligatoires.

Toutefois, lorsque le membre participant bénéficie en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions, retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux ainsi que du complément servi par la Mutuelle peut se cumuler dans la limite maximale du produit de 100 % du traitement indiciaire brut annuel par le taux de couverture prévu à la présente notice, diminué des cotisations sociales obligatoires.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par la Mutuelle est réduite à due concurrence. Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs par le membre participant ne sont pas prises en compte dans les règles de cumul.

◆ Date de paiement de la rente

La rente est servie mensuellement à terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime vieillesse du membre participant et au plus tard à l'âge légal de départ en retraite du membre participant.

◆ Obligations en cas de sinistre

Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente. A l'appui de la demande, le membre participant fournit le titre de pension de retraite et les relevés d'autre pension de retraite obligatoires (CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale...) et une attestation sur l'honneur mentionnant les pensions de retraite perçues.

Doivent aussi être fournies :

- Le dernier bulletin de paiement émanant de la CNRACL ;
- Pour le versement, chaque 1^{er} janvier, une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie selon le modèle fourni par la Mutuelle.

Garantie Décès – PTIA

◆ Objet de la garantie

La présente garantie a pour objet de garantir aux membres participants le versement d'un capital en cas de survenance du risque décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

◆ Présentation de la garantie

- La présente garantie « décès – PTIA » est indissociable de la garantie « maintien de salaire en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ».

◆ Le taux de couverture

Le taux de couverture est de 100 % de la base de garantie définie à la présente notice.

◆ Définition de la garantie

La présente garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de réalisation d'un des risques suivants :

- **Décès du membre participant survenant avant la liquidation de sa pension de retraite et au plus tard avant l'âge légal de départ à la retraite à taux plein ;**
- **PTIA du membre participant survenant avant la liquidation de sa pension de retraite et au plus tard avant l'âge légal de départ à la retraite à taux plein.**

Le membre participant est considéré comme atteint d'une PTIA lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement sans que la Mutuelle soit tenue à une éventuelle décision d'un tiers :

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

Le décès et la PTIA d'origine accidentelle sont couverts par la présente garantie.

L'accident est défini au chapitre définitions de la présente notice.

◆ **Montant de la prestation**

Le montant du capital de base garanti est égal au produit du taux de couverture prévu à la présente notice par la base de garantie définie à ladite notice sur 12 mois et il est doublé en cas de décès ou de PTIA consécutif à un accident.

◆ **Bénéficiaires**

• Sont bénéficiaires des prestations :

- En cas de PTIA : le membre participant lui-même ;
- En cas de décès, et sauf désignation expresse par l'assuré d'autres bénéficiaires :
 - Le conjoint survivant du membre participant, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou le cocontractant d'un PACS,
 - A défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant, vivants ou représentés,
 - A défaut par parts égales, ses ascendants,
 - A défaut ses héritiers,
- En cas de décès ou PTIA : à la souscription, le membre participant peut choisir d'affecter le capital décès – PTIA à la couverture d'un prêt bancaire, en désignant comme bénéficiaire de tout ou partie du capital assuré l'organisme financier prêteur.

• Changement de bénéficiaires :

Sauf acceptation du bénéficiaire désigné, le membre participant a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment, lorsqu'il le souhaite, notamment lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

◆ **Conditions spécifiques de cessation de la présente garantie**

Outre les conditions de cessation définies à la présente notice, la garantie décès – PTIA cesse de produire ses effets :

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

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

◆ **Obligations en cas de sinistres**

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA.

A l'appui de la demande, le (ou les) bénéficiaire(s) fourni(ssent) les pièces suivantes :

• En cas de décès :

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

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

MODALITES DE GESTION

Modalités de règlement des cotisations

◆ Modalités de règlement des cotisations

Les garanties sont consenties moyennant le paiement d'une cotisation annuelle versée trimestriellement exprimée en pourcentage de l'assiette de cotisation du membre participant telle que définie aux dispositions de la présente notice.

◆ Suivi du paiement des cotisations

Le Souscripteur et les Collectivités mandantes sont responsables du paiement des cotisations de leurs agents.

Les modalités de paiement des cotisations sont les suivantes :

- La part dont est redevable le membre participant est prélevée par précompte mensuel sur traitement effectué par le Souscripteur ou les Collectivités mandantes ;
- Les cotisations globales sont versées par le Souscripteur ou les Collectivités mandantes à la Mutuelle dans un délai de 15 jours suivant le dernier jour du trimestre au titre duquel les prélèvements ont été effectués.

Le montant de la participation du Souscripteur ou des Collectivités mandantes à la protection sociale complémentaire de leurs agents, membres participants de la Mutuelle dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative, est indiqué dans la convention de participation.

En cas de non-paiement des cotisations, la Mutuelle procédera à la résiliation du contrat ou à l'exclusion du membre participant, conformément aux dispositions du contrat collectif à adhésion facultative.

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

◆ Non-paiement des cotisations

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

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur ou aux Collectivités mandantes, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur ou les Collectivités mandantes est

susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif ou des adhésions audit contrat, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur ou aux Collectivités mandantes pour le paiement des cotisations.

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

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

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

Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, la Mutuelle assure la réception des demandes individuelles de paiement de prestation. Toutes les demandes d'indemnisation doivent être adressées à l'adresse suivante :

INTERIALE - GRAS SAVOYE
« PRESTATIONS PREVOYANCE CONTRAT COLLECTIF INTERIALE –
CIG PETITE COURONNE »
BP 80162
57005 METZ

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

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

◆ Garantie Assistance Prévoyance

La Mutuelle a souscrit au profit des membres participants un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES* ayant pour objet de garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA Assurances, différentes prestations d'assistance à domicile.

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

Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants assurés au titre du contrat collectif à adhésion facultative

◆ Action Sociale

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

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

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

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

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

L'action sociale de la Mutuelle est définie par la notice d'information en annexe.

◆ **Caution solidaire**

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

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

Cette garantie est gratuite et évite les frais d'hypothèque.

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

Notice d'information

Action Sociale

Par délégation du conseil d'administration, la commission peut dans le cadre du budget voté annuellement par l'assemblée générale d'Intériale (« la Mutuelle »), accorder aux membres participants ou à leurs ayants droit, sur justification de ressources, des aides et secours liés à la santé, des aides liées à l'installation et à la mutualisation, ainsi que des aides et secours divers.

CHAPITRE 1 - AIDES ET SECOURS LIÉS À LA SANTÉ

Article 1 - Secours « solidarité santé »

Le secours « solidarité santé » est accordé dans le cadre d'une aide à l'accès à des soins de santé et dans le respect des dispositions du contrat responsable.

Le secours « solidarité santé » peut être accordé par la commission pour permettre de faire face à une dépense importante et urgente commandée par l'état de santé du membre participant ou de ses ayants droit, et qui ne peut être couverte en temps opportun par les disponibilités financières de la famille.

Il ne peut être utilisé à d'autres fins que celles pour laquelle il est accordé, pas plus qu'il ne peut servir à conserver ou à reconstituer une épargne.

Le membre participant, pour lui ou ses ayants droit, peut en faire la demande écrite accompagnée des justificatifs des dépenses (factures acquittées, décomptes, etc.).

La commission se réunit et statue sur le dossier. Le montant du secours alloué par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire.

Article 2 - Micro-prêt santé

Les membres participants de la Mutuelle à faibles revenus ou en situation difficile peuvent bénéficier de prêts destinés à financer des dépenses importantes et urgentes commandées par l'état de santé des membres participants et qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de la famille.

Ces prêts sont d'un montant minimum de 600 € pouvant aller jusqu'à 4.500 €, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 48 mois.

La Mutuelle, dans le cadre de son action de solidarité, prend en charge tout ou partie des frais de dossiers.

Article 3 – Aide-ménagère

Le service d'aide-ménagère est ouvert au bénéfice des membres participants retraités et leurs ayants droit retraités, dont le maintien à domicile ou le placement en foyer, logement ou maison de retraite exige la présence d'une aide-ménagère.

Le montant de l'aide est déterminé par la commission en fonction des ressources. Le montant de l'aide alloué par la commission est réglé par virement bancaire, après présentation des factures acquittées.

Le niveau des plafonds de ressources est déterminé annuellement par le Conseil d'administration.

Article 4 - Secours « solidarité handicap » pour l'aménagement de résidence principale ou de véhicule et aide liée au handicap

Le secours « solidarité handicap » peut être accordé au membre participant par la Mutuelle pour l'aménagement du logement ou d'un véhicule (matériel médical ou informatique, aménagement d'une pièce à vivre, etc.).

Le membre participant, pour lui ou ses ayants droit vivant au foyer, ou le cas échéant, son représentant légal, doit au préalable constituer un dossier auprès du Conseil Général, Conseil Régional ou Caisse de Sécurité sociale puis adresser sa demande à la Mutuelle accompagnée de la réponse des organismes sollicités.

Le montant du secours est fixé par la Mutuelle après étude du dossier complet.

Le secours accordé par la Mutuelle vient en complément total ou partiel des aides déjà versées par les organismes mentionnés ci-dessus.

Le montant du secours sera réglé par virement bancaire ou similaire.

La Mutuelle peut également décider la prise en charge du forfait journalier des enfants en situation de handicap hospitalisés dans des établissements spécialisés.

Pour les enfants ayants droit en situation de handicap, une participation à leurs frais de séjours dans un centre de vacances spécialisé ou à un séjour d'intégration peut aussi être accordée.

CHAPITRE 2 - AIDES A LA MUTUALISATION

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

Article 5 - Cotisation des membres participants relevant de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Les membres participants relevant de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, dont la date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et la date d'affectation sont antérieures au 31 décembre 2005, peuvent bénéficier d'une réduction de cotisation de 40 %.

Pour bénéficier de cette réduction, le membre participant doit en faire la demande expresse par écrit auprès de la Mutuelle, accompagnée des documents justificatifs. Cette réduction de cotisation n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 6 - Cotisation des enfants ayants droit orphelins ou handicapés

I. Cotisation des enfants ayants droit orphelins

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation pour les enfants ayants droit orphelins visés à l'article 11.2-2 a) et b) des Statuts de la Mutuelle.

II. Cotisation des enfants ayants droit handicapés

Les enfants handicapés inscrits en la qualité d'ayants droit tels que définis à l'article 11-1 des Statuts bénéficient d'une réduction de cotisation de 50 % au delà de 25 ans sur la base de la cotisation enfant de son âge.

Cette réduction de cotisation n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 7 - « Solidarité indiciaire »

Lorsque la modestie de leurs ressources les place dans une situation susceptible de porter atteinte à leur dignité, les membres participants peuvent bénéficier d'une exonération totale ou partielle de la cotisation afférente à la Garantie frais de santé.

La « solidarité indiciaire » est au maximum de 12 mois. Le membre participant doit en faire la demande expresse chaque année par écrit auprès de la Mutuelle.

Le membre participant doit joindre à sa demande la copie de son avis d'imposition (ou de non imposition) sur le revenu, une copie de son bulletin de salaire ou du titre de pension ainsi qu'une attestation sur l'honneur précisant le nombre de personnes qu'il a à sa charge et le montant du revenu brut annuel du foyer fiscal au titre de l'année précédant la demande.

Article 8 - Cotisation due au titre des contrats « rente survie »

Lorsque la situation matérielle d'enfants en situation de handicap est de nature à aggraver leur affliction, la Mutuelle peut décider la prise en charge de tout ou partie de la fraction de la cotisation incombant au membre participant au titre du contrat rente survie proposé par MFP sous le numéro 7452 A et du contrat fermé « rente survie enfance handicapée » proposée par la Mutuelle.

CHAPITRE 3 - AIDES REMBOURSABLES LIEES A L'INSTALLATION

Article 9 - Micro-prêt installation

Les membres participants de la Mutuelle peuvent bénéficier de prêts destinés à financer la caution locative, le dépôt de garantie, les frais de déménagement, l'achat de meubles, d'électroménager, etc. dans le cadre d'une installation.

Ces prêts sont d'un montant minimum de 600 euros pouvant aller jusqu'à 2.700 euros, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 36 mois.

La Mutuelle, dans le cadre de son action de solidarité, prend en charge tout ou partie des frais de dossiers.

CHAPITRE 4 - AIDES ET SECOURS DIVERS

Article 10 - Soutien aux enfants déscolarisés

L'aide de soutien aux enfants déscolarisés peut être accordée par la Mutuelle lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies : l'un des enfants du Membre Participant ou de son conjoint, concubin, pacsé ayant droit de la mutuelle, âgé de 6 ans à 16 ans et inscrit en qualité d'ayant droit du Membre participant auprès de la mutuelle, ne peut être scolarisé du fait d'une affection longue durée reconnue, pendant une période minimum de 15 jours continus au cours de l'année scolaire.

Le maximum de cette aide est de 500 € par année scolaire et par enfant.

Cette aide est exclusivement destinée à permettre à l'enfant de bénéficier d'un soutien scolaire à domicile ou sur son lieu d'hospitalisation.

Le membre participant doit joindre à sa demande un certificat médical mentionnant qu'il s'agit bien d'une affection longue durée reconnue, et que l'enfant est dans l'impossibilité d'être scolarisé pendant une période dont la durée doit être précisée sur le certificat médical.

Article 11 - Secours « intervention de police »

Le secours « intervention de police » est accordé par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, agent du Ministère de l'Intérieur, au cours de son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute, a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures. Le montant maximum pouvant être accordé au titre du secours est de 500€ par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- Une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure a été causée au cours du service et au cours d'une émeute ou du maintien de l'ordre,
- Tout justificatif justifiant de la survenance de la blessure au cours de l'émeute ou du maintien de l'ordre,
- Une attestation d'hospitalisation.

Article 12 - Secours « intervention de police municipale »

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

Le montant maximum pouvant être accordé au titre du secours est de 500 € par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- Une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure a été causée au cours du service et au cours d'une émeute ou du maintien de l'ordre,
- Tout justificatif justifiant de la survenance de la blessure au cours de l'émeute ou du maintien de l'ordre,
- Une attestation d'hospitalisation.

Article 13 - Secours « intervention Sapeur-pompier professionnel »

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

Le montant maximum pouvant être accordé au titre du secours est de 500 € par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- Une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure a été causée au cours de la mission de sapeur-pompier professionnel,
- Tout justificatif justifiant de la survenance de la blessure au cours de la mission de sapeur-pompier professionnel,
- Une attestation d'hospitalisation.

Article 14 - Secours « dépendance »

Le secours dépendance peut être accordé par la Mutuelle aux membres participants et à leurs conjoints non couverts ou non indemnisés par un contrat dépendance distribué par la mutuelle Intériale, et classés dans un GIR allant de 1 à 3 inclus et ce en application de la grille AGGIR.

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

Article 15 - Secours exceptionnel

Une allocation exceptionnelle peut être attribuée au membre participant par la Mutuelle en cas de circonstances difficiles exceptionnelles (décès d'un enfant, intempéries, etc.). Une allocation exceptionnelle peut aussi être attribuée aux ayants droit d'un membre participant de moins de 20 ans en cas de décès de celui-ci.

La Mutuelle statue sur le dossier.

Le montant du secours alloué par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, étant précisé qu'en cas de décès d'un membre participant de moins de 20 ans ou d'un enfant ayant droit de moins de 20 ans, le maximum pouvant être alloué est de 1.200 €.

Article 16 - Micro-prêt social

Les membres participants de la Mutuelle à faibles revenus ou en situation difficile peuvent bénéficier de prêts destinés à financer des projets de vie dans un cadre social ou des dépenses liées à des intempéries qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de la famille.

Ces prêts sont d'un montant minimum de 600 euros pouvant aller jusqu'à 4.000 euros, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 36 mois.

La Mutuelle, dans le cadre de son action de solidarité, prend en charge tout ou partie des frais de dossiers.

Article 17 - Restructuration du budget de la famille

Les membres participants de la Mutuelle peuvent bénéficier de prêts destinés à réaménager le budget de la famille.

Notice d'information

Assistance

Préambule

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

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

DEFINITIONS

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

- ◆ **ADHERENT**
Le Membre Participant d'Intériale, personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie.
- ◆ **BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE**
Tout Membre Participant de la Mutuelle Intériale domicilié en France (dénommé adhérent dans le cadre de la présente convention d'assistance prévoyance) souscrivant à une des garanties prévoyance d'Intériale dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative adossé à une convention de Participation ainsi que ses proches lorsqu'ils sont spécifiés dans les garanties.
- ◆ **CONJOINT**
Le conjoint non séparé, son concubin notoire, son cosignataire d'un PACS.
- ◆ **DOMICILE**
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.
- ◆ **FRANCE**
France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM à l'exception de Mayotte (soit Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane).
- ◆ **ITT (Incapacité Temporaire Totale)**
L'incapacité temporaire totale de travail est une incapacité médicalement reconnue mettant l'adhérent dans l'impossibilité complète et continue (à la suite d'une maladie ou d'un accident) de se livrer à son activité professionnelle.

◆ **INVALIDITE**

Est considéré en Invalidité

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

◆ **PROCHE**

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

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE DES GARANTIES

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

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

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

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

1.2 RESILIATION

Les garanties « assistance prévoyance » cessent dans les conditions exposées à l'article 1-1 ci-dessus et tout évènement survenu après la date de fin des garanties « assistance prévoyance » ne sera pas pris en charge. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la date de fin des garanties « assistance prévoyance », elle sera menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 SUBROGATION

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

1.4 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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

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

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

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

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

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

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAIT GENERATEUR

Les garanties de la présente Convention s'appliquent :

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

2.2 TERRITORIALITE

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

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

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

2.3 INTERVENTION

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

0801 803 100

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

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

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

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

2.4 PIECES JUSTIFICATIVES

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

3. LIMITATIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DELAJ DE DEMANDE D'ASSISTANCE

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

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

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

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

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

3.2 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

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

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

3.3 INFRACTION

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

3.4 FORCE MAJEURE

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

3.5 EXCLUSIONS

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences.
- consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire de l'adhérent (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

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

4.1 INFORMATIONS MEDICALES

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

- Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.

- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

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

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

4.2 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

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

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

4.3 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

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

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

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

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

5.1 AIDE MENAGERE

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

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

5.2 AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI

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

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

Elle comporte :

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

à la personne et à l'ensemble des interlocuteurs concernés en fonction des situations (médecin du travail, manager, service social,...).

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

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

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

6.1 CONSEIL SOCIAL

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

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

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

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

**titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale*

6.2 RELAIS SERVICE A LA PERSONNES

Sur la demande de l'adhérent ou de ses proches, IMA ASSURANCES peut mettre en relation l'adhérent ou l'un de ses proches avec une plateforme de services à la personne. Les prestations qui pourront être mises en œuvre par cette plateforme restent à la charge du bénéficiaire.

7. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES

7.1 AIDE A L'ORGANISATION DES OBSEQUES

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

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

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

7.2.1 Le déplacement d'un proche pour la garde

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

7.2.2 Le transfert des enfants

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

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

7.2.3 La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dans les 8 jours suivant le décès, la garde des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 6 heures par jour réparties sur une période maximale de 8 jours.