

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

GARANTIES PREVOYANCE

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

CCAS DE DRAGUIGNAN

CONTRAT N° : CCFP - 106

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

La présente notice d'information prend effet le 1^{er} Janvier 2023

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
LEXIQUE.....	4
INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF.....	4
Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif.....	4
ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 2 - Population assurable	4
Article 3 - Conditions et modalités d’adhésion au contrat collectif	4
Article 4 - Faculté de renonciation	6
SUSPENSION, TERME DES GARANTIES – ADHESION INDIVIDUELLE A LA MUTUELLE	6
Article 5 - Suspension des garanties	6
Article 6 - Terme des garanties.....	6
Article 7 - Adhésion individuelle à la Mutuelle	6
DENONCIATION DE L’ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF.....	7
Article 8 - Dénonciation de l’adhésion du membre participant au contrat collectif.....	7
DISPOSITIONS DIVERSES.....	7
Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle.....	7
Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle	7
Article 11 - Subrogation.....	7
Article 12 - Prescription – Interruption de la prescription	7
Article 13 – Réclamations -Médiation	8
Article 14 - Informatique et Libertés	8
Article 15 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	8
DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE	8
Article 16 - Garanties couvertes au titre du contrat collectif	9
Article 17 - Prestations	9
Article 18 - Contrôle médical.....	9
Article 19 - Changement de situation en cours de garantie.....	10
Article 20 - Risques exclus	10
GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES.....	10
GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D’INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	10
Article 21 - Objet et définition de la garantie.....	10
Article 22 - Montant de la prestation.....	11

Article 23 - Point de départ du service de la prestation.....	11
Article 24 - Terme du versement de la prestation garantie.....	11
Article 25 - Pièces à fournir en cas de sinistre.....	11
GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE	12
Article 26 - Objet et définition de la garantie.....	12
Article 27 - Montant de la prestation	12
Article 28 - Point de départ du service de la prestation.....	12
Article 29 - Terme du service de la prestation.....	13
Article 30 - Pièces à fournir en cas de sinistre.....	13
GARANTIE DECES TOUTES CAUSES – PTIA TOUTES CAUSES.....	13
Article 31 - Objet et définition de la garantie.....	13
Article 32 - Montant de la prestation	14
Article 33 - Bénéficiaires.....	14
Article 34 – Règlement de la prestation	14
Article 35 - Terme du service de la prestation.....	14
Article 36 - Pièces à fournir en cas de sinistres	14
MODALITES DE GESTION	14
Article 37 - Assiette de la cotisation mutualiste	14
Article 38 - Montant de la cotisation.....	15
Article 39 - Périodicité du paiement des cotisations.....	15
Article 40 - Non-paiement des cotisations	15
GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES	15
Article 41 - Assistance liée aux Garanties prévoyance	15
Article 42 - Action sociale.....	15

PREAMBULE

Le contrat collectif conclu entre d'une part Intérieure (« la Mutuelle ») et d'autre part le CCAS de Draguignan (« le Souscripteur »), est un contrat collectif à adhésion facultative.

Il a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure, au bénéfice des agents du Souscripteur, des Garanties prévoyance ainsi que des garanties et services complémentaires.

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

LEXIQUE

- Le terme « Membre participant » désigne la personne physique adhérant au contrat collectif à adhésion facultative, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.
- L'expression « Garanties prévoyance » désigne les garanties pouvant couvrir l'incapacité de travail, l'invalidité permanente, le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie.
- Le terme « Franchise » désigne la période qui suit la date du sinistre et qui n'est pas indemnisée par la Mutuelle.
- Le membre participant est considéré comme atteint d'une « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » ou « PTIA » lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies sans que la Mutuelle soit tenue à une éventuelle décision d'un tiers :
 - l'invalidité dont il est atteint place le membre participant dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer un gain de profit ;
 - l'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- « L'Accident » s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants : rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux.**
- Le terme « Délai de stage » est une période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise. Cette période commence à courir à compter du jour de l'adhésion. Les sinistres nés pendant le délai de stage ne sont pas indemnisés. Le délai de stage s'applique dans les conditions énoncées à la présente notice.

Pour faciliter la lecture de la présente notice, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Glossaire disponible sur le site Internet de la Mutuelle (www.interiale.fr), en ce inclus le Glossaire de l'Union

Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM).

Le Glossaire de l'UNOCAM n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif

Le Souscripteur remet au membre participant ou futur membre participant, avant son adhésion au contrat, un bulletin d'adhésion, les Statuts 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 réalisation du risque.

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est également tenu 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.

Concernant les garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs, le Souscripteur remet 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.

ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 2 - Population assurable

L'adhésion des agents du Souscripteur au contrat collectif est facultative.

Les agents pouvant adhérer au contrat collectif sont :

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

Par dérogation aux alinéas précédents, les agents du Souscripteur en arrêt de travail à la date d'effet du contrat collectif peuvent adhérer au contrat dans les conditions définies par celui-ci. Ils acquièrent alors la qualité de membres participants de la Mutuelle.

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

a. Conditions d'adhésion

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

Intérieure – 32 rue Blanche – 75009 Paris

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, N° SIREN 775 685 365

Tél : 0970 821 821 – Fax : 05 61 62 85 42 Site internet : www.interiale.fr

ou de la date de reprise d'activité

Tous les agents actifs en état normal de service à la date d'effet du contrat, présents dans l'effectif ou nouvellement embauchés, peuvent adhérer au contrat sans limite d'âge, sans délai de stage, pour autant que leur adhésion ait été demandée dans les 12 mois suivants la date d'effet du contrat ou la date de leur embauche.

Les agents en arrêt de travail à la date d'effet du contrat collectif peuvent demander leur adhésion au contrat, sous réserve du paiement de l'intégralité de la cotisation par prélèvement mensuel effectué sur leur compte bancaire.

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

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

II. Au-delà des 12 premiers mois

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

Les agents actifs en état normal de service ou en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou les agents nouvellement embauchés qui ont souhaité adhérer au contrat plus de 12 mois après, respectivement la date d'effet du contrat ou la date de leur reprise d'activité à temps complet 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 temps partiel thérapeutique ou qui n'étaient pas en activité normale de service pour des raisons autres que médicales et qui adhèrent au contrat plus de 12 mois après la reprise de leur 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.

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

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

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

b. Formalités d'adhésion au contrat collectif

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

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

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

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

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

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

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

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

d. Prise d'effet des « Garanties prévoyance »

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

Les sinistres indemnisés dans le cadre du contrat sont les sinistres nés au cours de l'adhésion du membre

participant au contrat collectif, sous réserve des sinistres nés pendant le délai de stage.

Sont uniquement pris en charge les sinistres déclarés postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion du membre participant dont le fait générateur est survenu durant la période de validité de ladite adhésion.

Toutefois, l'Union prend en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat collectif au titre de la garantie « Décès toutes causes / PTIA toutes causes », en cas de survenance du décès du membre participant en arrêt de travail à la date d'effet du contrat. A ce titre, quel que soit la cause du décès du membre participant, l'Union garantit le versement du capital garanti dans les conditions prévues par le présent contrat collectif, sous réserve du paiement de l'intégralité de la cotisation figurant en Annexe de la présente notice d'information.

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

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

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues aux articles 6 et 8 de la présente notice.

Article 4 - Faculté de renonciation

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, 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 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) à la mutuelle Intériale. (Date et signature de l'adhérent) ».

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

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée.

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 peut plus user de sa faculté de renonciation.

SUSPENSION, TERME DES GARANTIES – ADHESION INDIVIDUELLE A LA MUTUELLE

Article 5 - Suspension des garanties

En cas de congé parental, de congé sans solde, de congé de solidarité familiale, de congé sabbatique, de congé pour création d'entreprise, ou de mise en disponibilité du membre

participant pour des raisons autres que médicales, les garanties définies par la présente notice sont suspendues de plein droit au jour de l'évènement.

La suspension des garanties s'achève à la reprise effective du travail de l'intéressé, sous réserve que la Mutuelle en soit informée par le Souscripteur dans le délai d'un mois suivant cette reprise. A défaut, la suspension des garanties s'achève le 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle la Mutuelle est informée par le Souscripteur de la reprise effective du travail du membre participant.

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

Article 6 - Terme des garanties

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

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier du contrat ;
- à la date de prise d'effet de la dénonciation de l'adhésion du membre participant, dans les conditions prévues à l'article 8 de la présente notice ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues par la présente notice ;
- en cas de cessation d'activité pour le membre participant admis à faire valoir ses droits à la retraite ;
- à l'âge légal de départ à la retraite pour les garanties « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente », et « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) » ;
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail », et « Décès toutes causes » ;
- à la date du décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur ou la Mutuelle.

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

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

Article 7 - Adhésion individuelle à la Mutuelle

Le membre participant peut demander son adhésion individuelle à la Mutuelle, en cas de cessation des garanties du contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article 6 de la présente notice d'information.

Les conditions en vigueur des adhésions à titre individuel peuvent être communiquées par la Mutuelle sur simple demande du membre participant.

Sous réserve que la cessation des garanties du contrat collectif et l'adhésion individuelle à la Mutuelle soient simultanées, il ne sera pas fait application de délai de stage ni d'examen ou questionnaire médical.

DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 8 - Dénonciation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif

a Au 31 Octobre de chaque année

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

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

b. En cas de modification des droits et obligations

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est tenu 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 affiliation en raison de ces modifications.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle

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

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

Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle

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

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

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

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

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

Article 11 - Subrogation

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

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

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

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

Article 12 - Prescription – Interruption de la prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

Article 13 – Réclamations -Médiation

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

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

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

a. Réclamations

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

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

INTERIALE
« PRESTATIONS PREVOYANCE CONTRAT
COLLECTIF INTERIALE – CCAS DE DRAGUIGNAN » BP
TSA 91005
69303 LYON CEDEX 07

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

b. Médiation

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

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

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

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

Article 14 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (III) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (IV) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées afin d'améliorer ses produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'adhérent (V) pour vous proposer de nouveaux produits ou nouvelles garanties. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi.

Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités à traiter des données de santé.

La Mutuelle est légalement tenue de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Elle pourra ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenée à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez nous écrire pour exercer vos droits par email (directionjuridique@interiale.fr) ou par courrier (INTERIALE – Direction Juridique – 32 rue Blanche - 75009 Paris). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez <https://www.interiale.fr/donnees-personnelles>.

Article 15 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS92459 – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle, conformément à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE

Article 16 - Garanties couvertes au titre du contrat collectif

Les garanties couvertes au titre du contrat collectif sont :

- la Garantie maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
- la Garantie maintien du traitement en cas d'invalidité permanente ;
- la Garantie décès toutes causes / PTIA toutes causes.

Lors de leur adhésion au contrat collectif, les membres participants sont obligatoirement couverts à l'ensemble des garanties prévoyance visées ci-dessus.

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

Option « Régime indemnitaire » - modalités d'adhésion et de dénonciation :

Le membre participant en activité peut, à tout moment, choisir d'adhérer à l'option « Régime indemnitaire », moyennant le respect d'un délai de préavis d'au moins deux mois avant la date d'effet souhaitée, et sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception ou à l'aide du bulletin de modification prévu à cet effet.

La garantie optionnelle prend alors effet à la date d'effet souhaitée et au plus tôt le premier jour du deuxième mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le membre participant en arrêt de travail en raison d'un accident ou d'une maladie ou absents pour des raisons autres que médicales (congé sans solde, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé pour exercer des fonctions syndicales, congé de solidarité familiale) à la date de la demande ou à la date d'effet de l'adhésion ne peut adhérer à la garantie optionnelle proposée par la Mutuelle.

Par dérogation à l'article 3.a de la présente Notice d'information, l'adhésion à la garantie optionnelle après la période d'adhésion de 12 mois n'est pas soumise au délai de stage de 6 mois.

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

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

Article 17 - Prestations

a. Base de garantie

La base de calcul des prestations est définie comme étant :

- Pour les agents de droit public : la somme du Traitement Indiciaire net mensuel et de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle et, le cas échéant, au choix de l'agent, du Régime Indemnitaire (RI) net mensuel que le membre participant aurait perçu s'il n'avait

pas cessé son activité à la date de prise en charge, le tout calculé sur la moyenne des trois derniers mois et multiplié par 12.

Le Régime Indemnitaire (RI) s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

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

Par Régime Indemnitaire, il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération du Souscripteur.

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

b. Revalorisation du montant des prestations

En cours d'adhésion, le service des prestations 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.

En cas de résiliation du contrat, toutes les prestations issues de sinistres survenus pendant la période d'exécution du contrat restent couvertes au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Toutefois, les prestations ne sont plus revalorisées au-delà de la date de résiliation du contrat collectif.

Article 18 - Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à des contrôles médicaux tout membre participant qui formule une demande d'indemnisation ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Au vu des conclusions du contrôle, la Mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande d'indemnisation, l'arrêt ou la poursuite du paiement des prestations et notifie sa décision directement au membre participant ou par l'intermédiaire du Souscripteur.

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. 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.

A la suite de l'expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci font appel à un troisième médecin pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, 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 à la Mutuelle et au membre participant, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

La Mutuelle et le membre participant supportent les honoraires de leur propre médecin.

Les honoraires du troisième médecin sont :

- à la charge de la Mutuelle si le troisième médecin infirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin de la Mutuelle ;
- à la charge du membre participant si le troisième médecin infirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin du membre participant.

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.

Article 19 - Changement de situation en cours de garantie

Le membre participant doit aviser sans délai la Mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir une incidence sur le bénéfice 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.

Article 20 - Risques exclus

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

- **du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant, de la tentative de suicide,**
- **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, blessures ou maladies,**
- **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 ou absorbés abusivement,**
- **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 motocyclistes ou automobiles, sauts à l'élastique,**
- **d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,**
- **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, matches, paris, tentatives de records.**

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

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

GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES

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

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

INTERIALE
« PRESTATIONS PREVOYANCE CONTRAT
COLLECTIF INTERIALE – CCAS DE DRAGUIGNAN »
TSA 91005
69303 LYON CEDEX 07

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

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

Article 21 - Objet et définition de la garantie

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

Est considéré comme atteint d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, tout membre participant qui, avant la liquidation de sa pension de retraite et au plus tard avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein :

- 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 ;
- et bénéficie, à ce titre, du maintien de tout ou partie de son traitement de son employeur en application du statut de la Fonction Publique Territoriale, ou perçoit des prestations du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou perçoit des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie

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

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 de l'article 18 de la présente notice d'information.

Article 22 - Montant de la prestation

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

- 95 % de la 360^{ème} part de la base de garantie définie à l'article 17.a de la présente 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 continu à percevoir de son employeur ;
 - 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.

- b) Règle de cumul

Le montant des indemnités journalières versées par la Mutuelle, augmenté du traitement net que le membre participant continue à percevoir de son employeur et des prestations nettes versées par tout organisme liquidateur, quelle que soit la nature juridique desdites

prestations, ne peut excéder un montant égal à 100 % de la 360^{ème} part de la base de garantie nette.

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

- c) Plafond

Le plafond est égal à la différence entre le taux de couverture indiqué au présent article et 50 %.

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

Par dérogation, le plafond de la présente garantie est égal à la différence entre le taux de couverture par le 360^{ème} de la base de garantie et les indemnités versées par la Sécurité sociale, dans le cas où le salaire de référence servant à déterminer l'indemnité journalière d'assurance maladie est limité au plafond prévu à l'article L. 323-4 du Code de la sécurité sociale.

Article 23 - Point de départ du service de la prestation

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 3.a de de la présente notice, 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.

Article 24 - Terme du versement de la prestation garantie

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

- dès que l'agent est reconnu apte à reprendre une activité, même à temps partiel,
- à la date de la reprise d'activité à temps complet ou partiel (dont le temps partiel thérapeutique), du membre participant,
- au-delà de 1080 jours continus ou discontinus d'indemnisation,
- au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre des Statuts de la Fonction Publique ou par le régime obligatoire de la Sécurité sociale,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical demandé par la Mutuelle,
- à la date de liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite,
- à la date du décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant,
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein,

Article 25 - Pièces à fournir en cas de sinistre

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

- la demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée, - un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- tout document à caractère administratif indiquant notamment la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre,
- un certificat médical attestant de l'incapacité temporaire de travail,
- les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur,
- les décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser,
- les trois derniers bulletins de salaire indiquant l'indice brut et le montant du plein traitement devant servir de base au calcul des prestations.

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

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

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

GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

Article 26 - Objet et définition de la garantie

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

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

- pour les agents affiliés à la CNRACL : avoir été mis à la retraite pour une invalidité avant l'âge légal de départ à la retraite ;

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

Et quel que soit le statut ou le régime dont dépend le membre participant, celui-ci 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.

La Mutuelle se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque conformément aux dispositions de l'article 18 de la présente notice d'information.

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

Article 27 - Montant de la prestation

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

- 95 % de la 12^{ème} part de la base de garantie définie à l'article 17.a de la présente notice,

ET

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

b. Règle de Cumul

Le montant mensuel des prestations versées par la Mutuelle, augmentées des prestations mensuelles servies par la CNRACL, la Sécurité sociale, ou tout autre organisme liquidateur et quelle que soit la nature juridique desdites prestations ne peut excéder un montant égal à 100 % du 12^{ème} de la base de garantie nette.

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

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

c. Plafond

Le plafond est égal à la différence entre le taux de couverture indiqué au présent article et 50 %.

La rente mensuelle est limitée au produit de ce plafond par le 12^{ème} de la base de garantie diminuée nette.

Article 28 - Point de départ du service de la prestation

La prestation de la Mutuelle est servie :

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

Lorsque la première mise en paiement par la CNRACL, la Sécurité sociale ou tout autre organisme liquidateur est effectuée en cours de mois, la prestation servie par la Mutuelle au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil.

A compter du mois civil suivant, la Mutuelle garantit le versement d'une rente mensuelle d'un montant au plus égal au montant de prestation prévu à l'article 27 de la présente notice.

Article 29 - Terme du service de la prestation

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

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

Article 30 - Pièces à fournir en cas de sinistre

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

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

- la demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée,
- la carte nationale d'identité en cours de validité datée, signée et certifiée conforme par le membre participant. A défaut un extrait de naissance de moins de 3 mois comportant les mentions marginales,
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- un certificat médical d'inaptitude définitive à l'exercice de toute activité professionnelle quelconque,
- les trois derniers bulletins de salaire du membre participant indiquant l'indice brut

devant servir de base au calcul des prestations,

- une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé maladie,
- éventuellement, le décompte des prestations en cas d'Invalidité Permanente servies par d'autres organismes que la CNRACL ou la Sécurité sociale.

Pour les membres participants relevant de la Fonction Publique Territoriale :

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

Pour les membres participants relevant de la Sécurité sociale :

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

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

GARANTIE DECES TOUTES CAUSES – PTIA TOUTES CAUSES

Article 31 - Objet et définition de la garantie

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

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

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

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

Article 32 - Montant de la prestation

Le montant du capital garanti est au plus égal à 25 % de la base de garantie brute définie à l'article 17.a de la présente notice, évaluée à la date du sinistre.

Article 33 - Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations :

- en cas de PTIA : le membre participant lui-même ;
- en cas de décès, et sauf désignation expresse par le membre participant d'autres bénéficiaires :
 - o le conjoint survivant du membre participant, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou le partenaire d'un PACS ou le concubin du membre participant ;
 - o à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant vivants ou représentés ;
 - o à défaut par parts égales, ses ascendants ;
 - o à défaut ses héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires ;
- 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 dans les conditions prévues à l'article L. 223-11-II du Code de la mutualité, le membre participant a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment, lorsqu'il le souhaite, notamment lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

Article 34 – Règlement de la prestation

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, la Mutuelle règle les sommes dues dans un délai maximum de 30 jours sous réserve que les garanties ne soient pas suspendues ou résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 39 de la présente notice.

Article 35 - Terme du service de la prestation

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

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

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

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

Article 36 - Pièces à fournir en cas de sinistres

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA. A l'appui de la demande, le (ou les) bénéficiaire(s) fourn(i)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 quotidienne (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller) ;
- la notification de la Sécurité sociale ou l'avis de la Commission de réforme ;
- un Relevé d'Identité Bancaire ;
- en cas de PTIA accidentelle, toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et la PTIA et établissant la nature de l'accident.

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

MODALITES DE GESTION

Article 37 - Assiette de la cotisation mutualiste

Le traitement de référence servant de base au calcul 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) brute et, le cas échéant, au choix de l'agent, du dernier Régime Indemnitaire (RI) brut mensuel.

Le Régime Indemnitaire (RI) s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

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

Par Régime Indemnitaire (RI), il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération du Souscripteur.

- Pour les agents de droit privé : la dernière rémunération brute mensuelle et, le cas échéant, les dernières primes et indemnités brutes mensuelles.

Article 38 - Montant de la cotisation

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

Article 39 - Périodicité du paiement des cotisations

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

Les cotisations, exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation définie par la présente notice, font l'objet d'un précompte mensuel sur le traitement ou sur le salaire du membre participant par le Souscripteur.

Les cotisations globales sont versées par le Souscripteur à la Mutuelle dans le délai de 15 jours suivant le dernier jour de chaque trimestre.

Lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, la cotisation est acquittée directement par le membre participant par prélèvement mensuel effectué sur son compte bancaire.

Article 40 - Non-paiement des cotisations

a. Cotisation précomptée par le Souscripteur

Conformément à l'article L. 221-8-I du Code de la mutualité, lorsque le Souscripteur assure 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.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, 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 est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

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

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

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

b. Cotisation non précomptée par le Souscripteur

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

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

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

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

Article 41 - Assistance liée aux Garanties prévoyance

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

*IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – CS 40000 – 79033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest – CS92459 – 75436 Paris Cedex 09.

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

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

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

Article 42 - 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.

L'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration, détermine chaque année le montant global de l'enveloppe qui peut être accordée au titre des aides, allocations ou services aux membres participants.

L'action sociale est définie annuellement par le conseil d'administration dans un programme soumis à approbation de l'assemblée générale de la Mutuelle.

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

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

Annexe 1 – Prestations

Conformément à l'article 17.a de la présente notice d'information, la base de calcul des prestations est définie comme étant :

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

Le Régime Indemnitare (RI) s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

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

Par Régime Indemnitare, il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération du Souscripteur.

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

GARANTIES DE BASE	NIVEAU DES PRESTATIONS
Décès toutes causes / PTIA toutes causes	25 % de la base de garantie brute
Maintien du traitement En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail	95 % de la base de garantie
Maintien du Traitement En cas d'Invalidité Permanente	95 % de la base de garantie

Annexe 2 – Cotisations

Conformément à l'article 36 de la présente notice d'information, le traitement de référence servant de base au calcul 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) brute mensuelle et, le cas échéant, du dernier Régime Indemnitare (RI) brut mensuel.

Le Régime Indemnitare (RI) s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficie les agents de droit public.

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

Par Régime Indemnitare (RI), il faut entendre les primes et indemnités définies par délibération du Souscripteur.

Pour les agents de droit privé : la dernière rémunération brute mensuelle et, le cas échéant, les dernières primes et indemnités brutes mensuelles.

Taux de cotisations (% du brut)	Agents CNRACL	Agents IRCANTEC
Décès toutes causes / PTIA toutes causes		
Maintien du traitement En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail	2,02% de l'assiette de cotisation	2,01 % de l'assiette de cotisation
Maintien du Traitement En cas d'Invalidité Permanente		

Notice d'information Assistance Prévoyance

CONVENTION D'ASSISTANCE PREVOYANCE

PREAMBULE

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

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

DEFINITIONS

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

□ **ADHERENT**

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

□ **BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE**

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

□ **CONJOINT**

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

□ **DOMICILE**

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

□ **FRANCE**

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

□ **ITT (Incapacité Temporaire Totale)**

L'incapacité temporaire totale de travail est une incapacité médicalement reconnue mettant l'adhérent dans

l'impossibilité complète et continue (à la suite d'une maladie ou d'un accident) de se livrer à son activité professionnelle.

□ **INVALIDITE**

Est considéré en Invalidité

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

□ **PROCHE**

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

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE DES GARANTIES

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

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

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

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

1.2 RESILIATION

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

1.3 SUBROGATION

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

1.4 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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

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

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

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

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

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-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 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie pour l'article 6 ;
- En cas de décès pour l'article 7.

2.2 TERRITORIALITE

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

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

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

2.3 INTERVENTION

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

0810 204 134

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 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

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

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

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

- Pour les garanties mentionnées à l'article 7, le délai de demande d'assistance, à compter du décès, est de : - 15 jours au point 7.2.1 et 7.2.2. - 8 jours au point 7.2.3.

3.1 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.

3.2 INFRACTION

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

3.3 FORCE MAJEURE

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

EXCLUSIONS

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,

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

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

4.1. INFORMATIONS MEDICALES

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

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

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

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

4.2. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

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

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

4.3 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

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

- 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'événement.

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

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien

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.

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, sur justification de ressources, des aides liées à l'installation et à la mutualisation, ainsi que des aides et secours divers.

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

Lorsque la situation matérielle d'enfants en situation de handicap est de nature à aggraver leur affliction, la Mutuelle peut 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 2 - AIDES REMBOURSABLES LIEES A L'INSTALLATION

Article 2 - 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 3 - AIDES ET SECOURS DIVERS

Article 3 - 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 4 - 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 5 - 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 6 - 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, 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 7 - 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.).

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, le maximum pouvant être alloué est de 1.200 €.

Article 8 - 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 9 - Restructuration du budget de la famille

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