

**NOTICE
D'INFORMATION
DU CONTRAT
PLURIO
INCAPACITÉ
INVALIDITÉ
N°MI-09**

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2010

I. Objet du contrat et définitions

I.1 Objet

Le contrat Plurio Incapacité Invalidité MI - 09 est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommé « l'Assureur »). Il est régi par le Code des Assurances.

L'objet du contrat est de garantir aux adhérents, lors de la survenance des risques Incapacité Temporaire Totale de travail ou Invalidité, le versement de prestations selon les modalités définies ci-après.

I.2 Définitions

L'assuré est celui sur la tête duquel repose le risque assuré.

L'adhérent est le membre participant actif de la Mutuelle, fonctionnaire, contractuel de l'Etat, ouvrier d'Etat ou salarié de droit privé, inscrit au contrat et acquittant sa cotisation.

L'accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'adhérent et entraînant une atteinte corporelle. Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

Le bénéficiaire est la personne qui percevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Point de la Fonction Publique est la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions, divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2009 est de 55,1217 euros.

Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice majoré multiplié par la valeur du point de la Fonction Publique d'Etat à la date de calcul.

Le délai de franchise s'entend de la période se situant entre la date de survenance de l'incapacité temporaire totale de travail ou de l'invalidité permanente et le point de départ de la prestation garantie.

2. Adhésion au contrat

2.1 Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au contrat, les membres participants de la Mutuelle, fonctionnaires, contractuels de l'Etat, ouvriers d'Etat ou salariés de droit privé, sous réserve :

- d'être âgé de moins de 45 ans à la date de la demande d'adhésion,
- et,
- d'être en situation effective d'activité,
- et,
- de remplir un questionnaire de santé accompagnant le bulletin d'adhésion.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de trois mois à compter de la date de la signature apposée par le candidat à l'assurance.

L'adhésion est alors soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le candidat au questionnaire de santé et de toutes autres pièces demandées par le médecin conseil.

Au terme de l'examen du dossier médical du candidat, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve son entrée dans l'assurance,
- accepter son entrée dans l'assurance avec des exclusions partielles,
- ajourner sa décision,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

2.2 Demande d'adhésion et date d'effet

Le candidat doit remplir une demande d'adhésion au contrat et un questionnaire de santé selon un modèle approuvé par l'Assureur. Il précise son identité et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture, donne son consentement à l'assurance. Il reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

Cette demande d'adhésion est datée et signée par le candidat à l'adhésion au contrat.

Sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le médecin conseil de l'Assureur.



Seuls les arrêts de travail intervenant dans le décompte de la franchise et survenus postérieurement à l'adhésion de l'adhérent au contrat sont couverts au titre du contrat.

Le renouvellement des garanties est annuel à la date du 1^{er} janvier et donne lieu à l'envoi par la Mutuelle à chaque adhérent au contrat d'un certificat de garantie précisant notamment le salaire de référence applicable pour le calcul des cotisations et des prestations de l'année.

Si le montant de référence n'est pas conforme à sa situation, il appartient à l'adhérent d'en informer la Mutuelle dans les deux mois qui suivent la réception du certificat de garantie.

2.3 Choix d'options et changement d'options

2.3.1 Options proposées

1. Au moment de l'entrée dans l'assurance et sous certaines conditions, à la date de renouvellement du contrat, les adhérents ont la possibilité de choisir leur option de couverture.

- Option 1 : Prise en charge jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- Option 2 : Prise en charge à compter du 366^{ème} jour d'arrêt de travail au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité,
- Option 2 bis : Prise en charge à compter du 1096^{ème} jour d'arrêt de travail au titre de la garantie Invalidité,
- Option 3 : Garanties cumulées des options 1 et 2.

2. Au moment de l'entrée dans l'assurance, les adhérents fonctionnaires ont la possibilité de choisir leur niveau de cotisation et ainsi, leur niveau de prestations.

L'assiette de cotisation de l'adhérent au contrat fonctionnaire est déterminée annuellement sur la base du Traitement Indiciaire Brut (TIB soumis aux retenues obligatoires) annuel. Ce dernier peut-être majoré de :

- Option A : 15%
- Option B : 30%
- Option C : 45%

2.3.2 Changement d'option

L'adhérent peut demander une diminution ou une augmentation de ses garanties (changement d'option).

Les augmentations de garantie (passage de l'option 1 aux options 2, 2 bis, 3, passage de l'option 2 bis à 2, passage de l'option 2 ou 2 bis, à l'option 3) doivent être effectuées avant l'âge de 45 ans. Elles sont soumises à un contrôle médical dans les formes prévues à l'article 2.1 ci-dessus.

Les adhérents ne doivent pas se trouver en arrêt de travail à la date de la demande de changement d'option, qu'il y ait ou non à ce moment service d'une prestation au titre du contrat.

Les augmentations ou diminutions de garantie prennent effet à la date de renouvellement du contrat.

2.4 Délai de renonciation

Dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où l'adhérent a été informé de la prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut renoncer à l'adhésion par lettre rédigée selon le modèle ci-après et adressée en recommandé avec accusé de réception à la Mutuelle qui transmettra, dans les meilleurs délais, la demande de renonciation à l'Assureur.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e),

Civilité....., Prénom....., NOM.....

Adresse.....

déclare renoncer à mon adhésion au contrat PLURIO Incapacité-Invalidité, MI - 09, que j'ai signé le <...> et demande le remboursement du versement de cotisation que j'ai effectué, soit la somme de <...>, en date du <...>. Fait à, le <...> »



Dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la Mutuelle, celle-ci restitue l'intégralité de la cotisation versée par l'adhérent renonçant. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration du délai.

2.5 Radiation du contrat

L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- décès de l'adhérent, au jour du décès ;
- perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- non paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation de l'adhérent du contrat, conformément à la procédure inscrite à l'article L.141-3 du Code des assurances ;
- défaut de couverture (l'adhérent n'est plus couvert par aucune garantie du contrat), au jour de la prise d'effet de la fin de la couverture ;
- résiliation unilatérale par l'adhérent, au jour de la prise d'effet de la résiliation ;
- bénéfice d'une allocation spécifique de cessation anticipée d'activité quelle qu'en soit la cause ;
- résiliation du contrat entre la Mutuelle et l'Assureur, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

2.6 Résiliation unilatérale

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle du contrat.

2.7 Suspension du contrat

L'adhésion au contrat est suspendue en cas de :

- détachement ;
- mise en position de disponibilité ou de congé sans salaire (au sens des articles 42, 44, 46, 47 du Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié par le Décret n°2007-1542 du 26 octobre 2007) ;
- congé parental (au sens de l'Art. 52- 57 du Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié par le Décret n°2007-1542 du 26 octobre 2007 et le Décret n°2008-568 du 17 juin 2008) ;
- congé sabbatique (visé à l'article L.3142-91 à L.3142-99 du Code du travail).

Pendant ces périodes, les garanties du contrat sont suspendues et les cotisations ne sont pas dues. En cas de retour dans l'administration d'origine, le membre participant pourra demander, de nouveau, à bénéficier des garanties du contrat. Pour ce faire, il doit remplir les conditions de l'article 2.1 ci-dessus exception faite de la condition d'âge.

Il est à noter que dès lors que l'adhérent détaché, mis à disposition ou en disponibilité continue à exercer une activité professionnelle en qualité de fonctionnaire contractuel ou ouvrier de l'Etat ou salarié de droit privé, il continue à bénéficier des garanties du contrat, sous réserve du paiement des cotisations, sauf dispositions contraires prévues par la Mutuelle.

2.8 Nullité du contrat

L'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent au contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est nulle.

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

2.9 Forclusion

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum déterminé dans les Caractéristiques Spécifiques à chaque garantie et courant à partir de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations au titre du contrat, sauf cas de force majeure, cas fortuit ou si l'Assureur ne subit pas de préjudice.

A défaut de délai mentionné aux Caractéristiques Spécifiques des garanties, les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par 2 ans.

A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée à l'intéressé, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.



2.10 Revalorisation des prestations en cours de service

Les montants des rentes en cours de service sont revalorisés, chaque année au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini au paragraphe 1.2 ci-dessus, entre le 1^{er} octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1 et dans la limite de 2%.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euro supérieur après la revalorisation.

2.11 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre de ce contrat sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés aux chapitres définissant les garanties.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

Il est précisé que si l'adhérent perçoit indûment des prestations au titre des garanties du contrat, celles-ci doivent être remboursées à l'Assureur ou peuvent faire l'objet des mécanismes de la compensation légale telle que prévue par le Code civil.

2.12 Contrôle médical et conciliation

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer ou de faire effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat, de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires et de demander communication de toutes pièces médicales ou administratives utiles quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

L'adhérent au contrat qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires, dans le mois qui suit la demande, perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision, un certificat médical circonstancié justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'adhérent au contrat et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'adhérent au contrat, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, **l'adhérent au contrat en faisant l'avance.**

Il est précisé que l'adhérent au contrat qui ne répond pas aux demandes de pièces complémentaires et/ou qui ne renvoie pas les formulaires de gestion dûment remplis dans les deux mois suivant la demande, verra sa demande suspendue.

2.13 Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties du contrat et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

1. de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
2. directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome,
3. de la participation à des paris, défis, tentatives de records, sauf courses ou compétitions sportives nécessitant une autorisation administrative préalable ou soumises à une obligation d'assurance légale,
4. de l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin,
5. du risque de navigation aérienne lorsque l'adhérent au contrat se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'adhérent au contrat,
6. de toute atteinte par l'adhérent à son intégrité physique,
7. d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement,



8. de luttes, duels, rixes sauf en cas de légitime défense, d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'adhérent au contrat,
9. de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'engins aériens autres que les avions à moteur,
10. de la pratique de sports automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,
11. directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'adhérent au contrat y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.

3. Assiette de cotisation

L'assiette de cotisation de l'adhérent au contrat est déterminée annuellement :

- pour les fonctionnaires rémunérés sur la base d'un traitement : au Traitement Indiciaire Brut (TIB soumis aux retenues obligatoires) annuel **majoré, selon l'option retenue, de 15% (option A), de 30% (Option B) ou de 45% (option C)**, pris au plus tard au 1er janvier et arrondi à l'euro immédiatement supérieur.
- pour les autres **salariés** ou contractuels de l'Etat rémunérés sur la base d'un salaire, au salaire annuel brut soumis aux retenues obligatoires, pris au plus tard au 1er janvier, arrondi à l'euro immédiatement supérieur.
- pour les ouvriers d'état : le salaire de base (salaire horaire x 1 824 heures), majoré forfaitairement de 16%.

L'assiette vaut pour toute l'année civile.

La cotisation due par l'adhérent est exprimée en pourcentage de l'assiette de cotisation. Elle est définie en annexe.

Pour le calcul de la première cotisation annuelle, la situation de l'adhérent s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion. Pour le calcul des cotisations annuelles suivantes, la situation de l'adhérent est appréciée à la date du renouvellement annuel.



4. Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

4.1 Objet et définition

L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières au profit de l'adhérent au contrat, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, s'il est en situation effective d'activité à la veille du premier jour de l'arrêt de travail.

De plus, l'Incapacité Temporaire Totale de travail doit survenir avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite et, au plus tard avant son 65^{ème} anniversaire.

L'Incapacité Temporaire Totale de travail est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle. Elle se traduit par les conditions suivantes :

• Pour les fonctionnaires :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'adhérent fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application du statut de la Fonction Publique ou est en disponibilité d'office au sens de l'Article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

• Pour les contractuels, les ouvriers d'Etat et les salariés de droit privé :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'adhérent qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application de son statut professionnel ou au titre de la Sécurité Sociale,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Est aussi considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'adhérent :

- qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité Sociale :
 - soit parce que du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période de référence, les conditions exigées par la Sécurité Sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,
 - soit parce que les droits conformément aux dispositions de l'Article L.323-1 du Code de la Sécurité Sociale sont épuisés,
- et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

4.2 Montant

Pour les options 1, 2 et 3, le montant de l'indemnité journalière est fixé à 1/365^{ème} de 83% de l'assiette de cotisation en vigueur au jour de l'arrêt de travail indemnisé dans le cadre de cette garantie.

De ce montant sont déduites les prestations nettes servies par l'Administration, la Sécurité Sociale et/ou par tout autre organisme de prévoyance.

Principe indemnitaire :

En aucun cas, les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature perçues de l'Administration, de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'adhérent au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération théorique sur la période considérée.

On entend par **rémunération théorique**, le traitement net (primes incluses) qu'aurait perçu l'adhérent s'il avait continué à travailler. **Les reclassements indiciaires rétroactifs ne sont en aucun cas pris en compte.**

4.3 Bénéficiaire

Le bénéficiaire des indemnités journalières est l'adhérent lui-même.



4.4 Délai de franchise

4.4.1 Définition

Le droit aux prestations est acquis à l'issue d'un délai de franchise variable en fonction des options et des catégories d'adhérents définies ci-après :

- Catégorie 1 : fonctionnaires, ouvriers d'Etat, contractuels de l'Etat ayant plus de cinq années de présence dans l'Administration, salariés de droit privé,
- Catégorie 2 : autres salariés.

4.4.2 Durée

Options 1 et 3		Options 2	Options 2 bis
Catégorie 1	Catégorie 2	365 jours pour tous les adhérents	1 095 jours pour tous les adhérents
90 jours	60 jours		

4.4.3 Décompte de la franchise

Le délai est calculé en additionnant les journées consécutives ou non, d'arrêt de travail pour maladie ou accident, quelle qu'en soit la cause, survenues en cours d'assurance. **Les demi-journées de travail ne sont pas prises en considération.**

▼ Pour les options 1 et 3 : la franchise est considérée comme écoulée dès que 90 jours (catégorie 1) ou 60 jours (catégorie 2) d'arrêt de travail sont décomptés à partir du 365^{ème} jour précédant le point de départ de la dernière indisponibilité et que parmi ces périodes d'arrêt de travail, il existe une période d'arrêt de travail de 45 jours continus minimum.

▼ Pour l'option 2 :

et pour les adhérents de la catégorie 1 : elle est considérée comme écoulée quand on compte simultanément :

- au moins 365 jours d'arrêt de travail dans les 730 jours précédant la date de prise en charge,
- et au moins 275 jours d'arrêt de travail dans les 365 jours précédant la date de prise en charge,
- et que parmi ces périodes d'arrêt de travail, il existe une période d'arrêt de travail de 90 jours continus minimum.

et pour les adhérents de la catégorie 2 : la franchise est considérée comme écoulée quand on compte simultanément :

- au moins 365 jours d'arrêt de travail dans les 760 jours précédant la date de prise en charge,
- et au moins 305 jours d'arrêt de travail dans les 395 jours précédant la date de prise en charge,
- et que parmi ces périodes d'arrêt de travail, il existe une période d'arrêt de travail de 90 jours continus minimum.

▼ Pour l'option 2 bis : elle est considérée comme écoulée dès que l'on compte 1 095 jours d'arrêt de travail dans les 1 460 jours précédant la date de prise en charge et que parmi ces périodes d'arrêt de travail, il existe une période d'arrêt de travail de 90 jours continus minimum.

4.5 Durée des prestations

4.5.1 Option 1

A partir du 1^{er} jour qui suit la fin du délai de franchise, la prestation peut être servie :

- pendant au plus 275 jours pour les adhérents de **catégorie 1**,
- pendant au plus 305 jours pour les adhérents de **catégorie 2**

Ces durées sont déterminées en tenant compte des journées d'arrêt de travail se situant après la date de prise en charge, que l'indemnisation ait été ou non effective à compter de cette date, au titre :

- d'arrêts de travail consécutifs ;
- d'arrêts de travail non consécutifs, lorsque le total des reprises de service à plein temps n'excède pas 90 jours à compter de la date de prise en charge.



Quand le total des reprises de travail à plein temps excède 90 jours à compter de la date de prise en charge, un nouvel arrêt de travail donne lieu à une nouvelle période d'indemnisation après écoulement d'une nouvelle franchise.

Les adhérents ayant épuisé leurs droits peuvent obtenir le bénéfice d'une nouvelle période d'indemnisation s'ils justifient d'une reprise de leur activité de travail à temps plein pendant au moins trois mois continus. En outre, dans ce cas et par dérogation aux dispositions du paragraphe relatif au décompte de la franchise (Article 4.4.3 ci-dessus), la franchise sera déterminée sans tenir compte des arrêts de travail antérieurs.

4.5.2 Pour toutes les options : cessation du versement de la prestation

La prestation cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- le jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité défini à l'article 5.1 ci-après,
- l'entrée en jouissance effective des droits à la retraite de l'adhérent ou l'âge auquel il peut prétendre à une retraite à taux plein et au plus tard, **lorsque l'adhérent atteint la limite d'âge de 65 ans**,
- l'entrée en jouissance d'une pension de retraite pour invalidité,
- lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions prévues à l'Article 4.1 ci-dessus.

4.6 Rechute

Est considéré comme une rechute tout arrêt de travail imputable à une maladie ou à une infirmité ayant donné lieu à une indemnisation de l'adhérent et qui survient dans un délai maximum de trois années suivant la date de cessation du paiement des prestations avant la reprise du travail.

Dans ce cas, aucune franchise n'est calculée et les prestations servies au titre de la nouvelle période d'arrêt de travail sont calculées en utilisant l'assiette de cotisation de l'adhérent à la date d'ouverture des droits à prestations.

Pour les cinq maladies dites de "longue durée", prévues par le décret 86-442 du 14 mars 1986, modifié par le décret n° 97-815 du 1er septembre 1997, il ne sera fait application de la franchise qu'une seule fois pour une même maladie.

Pour les maladies dites "longue maladie", prévues par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, et en cas d'arrêts de travail non consécutifs, il ne sera fait application de la franchise qu'une seule fois tous les quatre ans.

Pour les ouvriers d'Etat, il sera fait application des dispositions des textes législatifs et réglementaires suivants :

- le décret n°72-154 du 24 février 1972 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisés (Modifié par le Décret n°2004-1280 du 26 novembre 2004 et par le Décret n°2007-1809 du 21 décembre 2007),
- l'arrêté interministériel du 27 août 1974 fixant certaines modalités d'application du décret n°72-154 du 24 février 1972 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisés, affiliés à un régime spécial de retraite,
- la circulaire interministérielle du 4 septembre 1974 n°F/1/41 relative aux mesures transitoires à mettre en oeuvre pour l'application du décret n°72-154 du 24 février 1972 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisés,
- la circulaire du 18 janvier 1977 n°30120/DEF/DPC/CRG/2 relative aux modalités d'application du décret n°76-1174 du 15 décembre 1976 modifiant le décret n°72-154 du 24 février 1972 relatif aux congés en cas de maladie et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisés.

4.7 Règlement des prestations

4.7.1 Modalités de versement

Les indemnités journalières sont payables après réception des pièces justificatives.

Elles sont versées à terme échu à compter de la date d'ouverture du droit à prestation tel que défini aux 4.4 et 4.5 ci-dessus et sont servies sous forme de rente à compter du 366^{ème} jour d'arrêt de travail sans reprise du travail de plus de 90 jours continus.

Si durant cette période, le total des reprises discontinues dépasse 90 jours, le décompte concernant le passage en rente doit être repris à zéro.

Il est précisé que :

- le montant de la rente est réglé sur la base de 360 jours, soit 12 mois de 30 jours.
- l'assiette de cotisation prise en compte lors du passage en rente est celle en vigueur au moment de la mise en rente.



4.7.2 Formalités

JUSTIFICATIFS A PRODUIRE SUR LE PLAN ADMINISTRATIF

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

◆ Dans tous les cas :

- une attestation sur l'honneur de l'adhérent au contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de son incapacité (quel que soit l'organisme qui les verse : Sécurité sociale, Institution de prévoyance, Employeur au titre de ses obligations Légales, etc. ...);
- la copie du certificat de garantie (pièce fournie par la Mutuelle);
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

◆ Lors de la première demande de prestation :

La « demande initiale » doit être accompagnée de l'attestation complétée par l'employeur dont dépend l'assuré indiquant :

- pour la détermination de la date de prise en charge :

- toutes les dates des interruptions de travail pour cause de maladie ou d'accident indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur et / ou la Sécurité Sociale, survenues au cours des :
 - 365 jours (options 1 et 3),
 - 730 jours pour les assurés de catégorie 1 (option 2),
 - 760 jours pour les assurés de catégorie 2 (option 2),
 - 1 460 jours (option 2-bis),
- précédant le début de la dernière indisponibilité (soit le 1^{er} jour de la dernière période continue au cours de laquelle le dossier est pris en charge).

- pour le calcul des prestations :

- les périodes d'arrêt de travail ouvrant droit à l'indemnisation ;
- la nature du congé, soit : Maladie Ordinaire (MO), Congés Longue Maladie (CLM), Congés Longue Durée (CLD), Disponibilité d'Office pour raison de Santé (DOS), maladie, accident de travail (AT), etc...;
- le traitement (plein ou demi) pour les fonctionnaires ou le taux de prise en charge par la Sécurité Sociale pour les non fonctionnaires ;
- le(s) montant(s) net(s) de la rémunération ou fraction de rémunération réellement perçu(s) au cours des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail bénéficiant de l'indemnisation ;
- le montant de la rémunération théorique nette se rapportant à la période en cause.

Tout arrêt de travail comportant des périodes indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur et/ou la Sécurité Sociale doit être impérativement fractionné par périodes homogènes d'indemnisation (ces informations doivent être communiquées par période en distinguant les traitements et les natures de congés maladie).

- pour le règlement

- un relevé d'identité bancaire ou postal original quand les prestations sont réglées directement aux bénéficiaires.

◆ Pour une prolongation d'arrêt de travail

La contractante adresse l'imprimé « prolongation » dûment renseigné accompagné de l'attestation complétée par l'employeur.

◆ Lorsque l'attestation n'aura pas été complétée par l'employeur,

il conviendra de joindre à la demande de prestations les pièces justificatives suivantes :

- pour la prise en charge (en fonction des cas) :

- a) soit une attestation ou un arrêté de l'administration précisant la nature du congé accordé (MO, CLM, CLD, DOS, AT, etc. ...) et son traitement ;
- b) soit la copie des documents de la Sécurité Sociale attestant le versement de prestations en espèces au titre du régime maladie, ou d'un accident du travail ou maladie professionnelle pour la période d'arrêt de travail correspondant très exactement à celle dont la prise en charge est demandée par l'Assureur.



- pour le calcul des prestations et pour l'application des règles de cumul :
 - le relevé, établi par l'employeur, des sommes nettes perçues par l'assuré, (avec motif et traitement) ;
- et
- le relevé, établi par l'employeur, de la rémunération nette d'activité et des primes et indemnités habituellement perçues par l'assuré le premier jour de son ouverture de droit à indemnisation.

JUSTIFICATIFS A PRODUIRE SUR LE PLAN MEDICAL

Lors de la première demande de prestation :

- le bulletin d'adhésion ;
- un certificat médical précisant la date de l'arrêt de travail initial ;
- en outre en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection ;
- le justificatif Incapacité - Invalidité (II) ;
- toute autre pièce ou formulaire demandé par le Médecin Conseil de l'Assureur.

4.8 Forclusion

La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée de garantie restant à courir à partir de la date de réception de la demande par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu à l'Article 2.12 ci-dessus.

4.9 Modification de la situation du bénéficiaire

Le bénéficiaire doit notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle, la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation par le contrat.

5. Garantie Invalidité

5.1 Objet et définition

En cas d'invalidité survenue avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite et au plus tard avant son 65^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'adhérent au contrat :

- en situation effective d'activité,
- ou en incapacité temporaire totale de travail telle que définie à l'article 4.1 ci-dessus.

Est considéré comme étant en invalidité, l'adhérent, qui à la fois :

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle,
- présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins 66%,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de toute activité professionnelle,
- s'il est fonctionnaire, a épuisé ses droits statutaires.

Le pourcentage de réduction de la capacité de travail est déterminé à l'aide du tableau suivant en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle selon le barème de droit commun :



CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

5.2 Montant

Pour les options 2, 2bis et 3, le montant mensuel de la prestation due au titre de l'invalidité est fixé à 1/12^{ème} de 83% de l'assiette de cotisation.

Il est précisé que le montant de la rente est réglé sur la base de 360 jours, soit 12 mois de 30 jours.

De ce montant, sont déduites les prestations nettes servies par l'Administration, par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance.

Principe indemnitaire :

En aucun cas, les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature perçues de l'Administration, de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'adhérent au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération théorique sur la période considérée.

On entend par rémunération théorique, le traitement net (primes incluses) qu'aurait perçu l'adhérent s'il avait continué à travailler.

Les reclassements indiciaires rétroactifs ne sont en aucun cas pris en compte.

5.3 Bénéficiaire

Le bénéficiaire de la rente d'invalidité est l'adhérent lui-même.

5.4 Délai de franchise

Si l'assuré passe directement en invalidité il est alors fait application des délais de franchise prévus à l'article 4.4 ci-dessus.

5.5 Durée des prestations

La prestation peut être servie jusqu' à l'âge auquel l'assuré aurait pu prétendre à sa retraite à taux plein et, au plus tard, à son 65^{ème} anniversaire et ce, tant que dure l'état d'invalidité tel que défini à l'article 5.1 ci-dessus.



5.6 Règlements des prestations

5.6.1 Modalités de versement

Le droit à rente est acquis dès le lendemain de la date reconnue par le médecin conseil de l'Assureur comme point de départ de l'invalidité du bénéficiaire.

La rente est versée mensuellement à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. De même, à la cessation de service de la rente, le dernier versement est calculé prorata temporis.

La rente d'invalidité est versée tant que dure l'état d'invalidité. Elle cesse d'être versée en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- à l'âge auquel l'assuré aurait pu prétendre à sa retraite à taux plein et, au plus tard, à son **65^{ème} anniversaire**,
- **lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions prévues à l'Article 5.1 ci-dessus.**

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie, au 1^{er} janvier de chaque année.

5.6.2 Formalités

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical précisant la date de mise en invalidité,
- la notification de mise en retraite pour invalidité de l'Administration ou de mise en invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale,
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'invalidité émanant de l'Administration, par la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance,
- une attestation sur l'honneur de l'adhérent au contrat énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de l'invalidité,
- la copie du certificat de garantie (pièce fournie par la mutuelle),
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée courant à partir de la date de réception de la demande.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu à l'Article 2.12 ci-dessus.

5.7 Modification de la situation de l'adhérent

L'adhérent doit notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle, la fin éventuelle de son état d'invalidité ainsi que l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'invalidité en cours d'indemnisation par le contrat.

6. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) s'assure du respect des engagements contractés par celles-ci à l'égard de leurs membres participants et de leurs bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles dont les coordonnées sont les suivantes:

ACAM
61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09





Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS
62, RUE JEANNE D'ÂRC - 75640 PARIS CEDEX 13