

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES YVELINES

**Prévoyance complémentaire
Collectivités Territoriales**

Prévoyance complémentaire Collectivités Territoriales



Notice d'information

| | | | |
|---|---|---|----|
| PRÉAMBULE | 3 | 4 - Garantie décès/perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes | 8 |
| I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES | 3 | 4.1 Objet de la garantie | 8 |
| ● 1 - Intervenants au contrat | 3 | 4.2 Conditions pour bénéficier de la garantie | 8 |
| ● 2 - Modification du contrat collectif | 3 | 4.3 Montant et versement de la prestation | 8 |
| ● 4.4 Bénéficiaires de la prestation | 8 | 4.5 Demande de prestation | 9 |
| II - FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION | 3 | IV - LES PRESTATIONS | 9 |
| ● 1 - Modalités d'adhésion | 3 | ● 1 - Demande d'indemnisation | 9 |
| ● 2 - Date d'effet de votre adhésion | 3 | ● 2 - Versement des prestations | 9 |
| ● 3 - Assiette des cotisations et prestations / traitement de référence | 3 | ● 3 - Plafonds d'indemnisation | 9 |
| ● 4 - Votre cotisation | 4 | ● 4 - Exclusions | 10 |
| ● 5 - Modalités de renonciation, résiliation et modification de l'adhésion individuelle | 4 | ● 5 - Revalorisation des prestations en cours de service | 10 |
| ● 6 - Suspension des garanties | 5 | ● 6 - Contrôles médicaux | 10 |
| ● 7 - Cessation des garanties | 5 | ● 7 - Litiges médicaux dans le cas des prestations | 10 |
| ● 8 - Exonération des cotisations | 5 | V - DISPOSITIONS DIVERSES | 11 |
| III - LES GARANTIES | 5 | ● 1 - Fausse déclaration intentionnelle | 11 |
| ● 1 - Garantie incapacité temporaire totale de travail | 5 | ● 2 - Réclamations et Litiges | 11 |
| 1.1 Objet de la garantie | 5 | ● 3 - Informatique et libertés | 11 |
| 1.2 Conditions pour bénéficier de la garantie | 5 | ● 4 - Prescription | 11 |
| 1.3 Service de la prestation | 5 | ● 5 - Subrogation | 11 |
| 1.4 Montant de la prestation | 6 | VI - DÉFINITIONS | 12 |
| 1.5 Demande de prestation | 6 | ANNEXE 1 | 15 |
| ● 2 - Garantie invalidité permanente | 7 | | |
| 2.1 Objet de la garantie | 7 | | |
| 2.2 Conditions pour bénéficier de la garantie | 7 | | |
| 2.3 Période de couverture | 7 | | |
| 2.4 Montant de la prestation | 7 | | |
| 2.5 Demande de prestation | 7 | | |
| ● 3 - Garantie perte de retraite | 8 | | |
| 3.1 Objet de la garantie | 8 | | |
| 3.2 Conditions pour bénéficier de la garantie | 8 | | |
| 3.3 Période de couverture | 8 | | |
| 3.4 Montant de la prestation | 8 | | |
| 3.5 Demande de prestation | 8 | | |

PRÉAMBULE

Cette notice est un résumé du contrat de Prévoyance Collective à adhésion facultative souscrit par votre collectivité auprès de Mutex. Ce contrat, régi par le Code des assurances, relève des branches n° 1 « Accident », n° 2 « Maladie » et n° 20 « Vie-Décès » de l'article R-321-1 du code précité.

Elle vous présente les garanties en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès proposées dans le cadre de ce contrat. Les garanties souscrites par votre collectivité et les options éventuelles que vous avez choisies sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

La gestion administrative du contrat - recueil des adhésions, sélection médicale, gestion et paiement des prestations, contrôle médical, encaissement des cotisations - est confiée à SOFAXIS. SOFAXIS, SNC au capital de 100 000 €, numéro B 512 611 203, dont le siège social est situé route de Creton 18110 Vasselay, inscrit auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le n° 10053434.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1 - Intervenants au contrat

L'assureur des garanties du présent contrat est Mutex, société anonyme, régie par le Code des assurances, dont le siège social se situe 125, avenue de Paris – 92327 Châtillon cedex.

Son organisme de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Le souscripteur du contrat est votre collectivité employeur qui a signé le contrat collectif à adhésion facultative au bénéfice de ses agents.

Vous êtes l'assuré, agent du souscripteur, ayant adhéré au contrat.

2 - Modification du contrat collectif

Le souscripteur et l'assureur peuvent convenir de modifications au contrat.

Le souscripteur est tenu de vous informer par écrit de toute modification éventuelle des garanties et de leurs conditions de mise en jeu trois mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier la portée des engagements de l'assureur, celui-ci se réserve le droit de proposer, pour la date d'effet des modifications en cause, les changements rendus nécessaires.

Toute modification, quelle que soit la modification en cause, fera l'objet d'un avenant au contrat, sauf dispositions d'ordre public d'application immédiate.

La résiliation du contrat par le souscripteur est sans effet sur le service des prestations en cours de service qui est maintenu à la date d'effet de la résiliation jusqu'au terme prévu pour chacune des garanties par le présent contrat.

II - FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

1 - Modalités d'adhésion

Pour pouvoir adhérer à ce contrat, vous devez être en activité de service au moment de l'adhésion et :

- être affilié à la CNRACL en tant qu'agent titulaire, stagiaire, détaché d'une administration d'Etat, ou mis à disposition,
- ou, être affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC en tant qu'agent titulaire, stagiaire, ou agent non titulaire, ou de droit privé.

Toute demande d'adhésion qui ne répond pas aux conditions ci-dessus du présent article ne sera pas prise en considération.

Formalités :

Vous devez renseigner et signer un formulaire de demande d'adhésion.

Vous devez être en activité pour pouvoir effectuer votre adhésion et bénéficier des garanties.

Votre adhésion s'effectue sans formalités, si celle-ci intervient dans un délai de 12 mois suivant :

- la date de votre embauche si vous entrez dans la collectivité, ou la date de votre retour en activité en cas de suspension du contrat de travail.
- la date d'effet du contrat signé par votre collectivité, si vous êtes présents à l'effectif à cette date.

Passé ce délai de 12 mois, vos garanties incapacité de travail et invalidité et complément retraite seront soumises à un délai de stage de six mois pendant lequel elles ne s'appliquent pas. Il en va de même si vous choisissez d'adhérer ultérieurement à la garantie optionnelle Complément de retraite.

Les événements survenus pendant cette période ne sont pas indemnisés, bien que vous cotisiez. Ce délai ne s'applique pas pour la garantie décès.

Modalités spécifiques d'adhésion

Votre adhésion prend effet :

- au 1^{er} janvier 2018, pour les agents qui en ont fait la demande avant cette date et qui ne sont ni en arrêt de travail, ni en invalidité 1^{re} catégorie, ni en temps partiel thérapeutique, ni en suspension du contrat de travail pour des raisons autres que de santé à cette date ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la demande l'adhésion sous réserve de respecter les conditions d'adhésions prévues ci-avant.

Pour les agents en arrêt de travail, en temps partiel thérapeutique ou 1^{re} catégorie d'invalidité au 1^{er} janvier 2018 :

- qui ne sont pas couverts par un contrat de prévoyance comportant des garanties de nature et d'un montant équivalent à la date de la demande d'adhésion, pourront y adhérer sans condition en cas de demande d'adhésion dans les 12 mois suivants la reprise d'activité. Cependant, nous identifions et excluons la pathologie qui a provoqué ce temps partiel thérapeutique.
- qui sont couverts par un contrat de prévoyance avec des garanties de nature et de montants équivalents, l'adhésion prend effet le jour de la reprise d'activité, sous réserve que la prise d'effet de la résiliation de l'ancien contrat soit concomitante.

Si vous êtes en temps partiel thérapeutique à la date d'effet du contrat, les conséquences de la maladie en cours ne seront pas prises en charge, ceci même si vous retombez en arrêt de travail complet, dès lors qu'il est prouvé dans le respect des dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatives au secret professionnel, que la maladie était antérieure à la date d'effet du contrat collectif.

Cependant, si vous retombez en arrêt de travail complet du fait d'une nouvelle pathologie, les conséquences de cette nouvelle pathologie seront prises en charge, dans la continuité de la prise en charge de votre collectivité au titre du risque statutaire.

2 - Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion est effective et les garanties sont ouvertes à compter de la date d'effet de votre adhésion au contrat, figurant sur votre certificat d'adhésion.

3 - Assiette des cotisations et prestations/ traitement de référence

Garantie Incapacité Temporaire Totale :

Pour les agents travaillant à temps complet : le traitement de référence servant de base pour le calcul de votre cotisation annuelle et de vos prestations est précisé dans votre certificat d'adhésion.

Pour les agents travaillant à temps non complet : le traitement de référence servant de base pour le calcul de votre cotisation annuelle et de vos prestations est une fraction du traitement de référence précisé dans votre certificat d'adhésion, correspondant à la quotité de travail effectuée.

Pour les contractuels de droit privé (y inclus les assistants familiaux) : salaire annuel brut des 12 derniers mois précédent l'arrêt de travail ; pour ceux ne disposant pas d'une année complète de rémunération : moyenne des salaires bruts perçus depuis leur embauche jusqu'à leur adhésion.

Garanties Décès/PTIA, Rente éducation, Rente de conjoint, Rente d'orphelin, Allocation obsèques et Complément retraite :

L'assiette des cotisations et des prestations correspond à 100 % du traitement de référence tel que précisé dans votre certificat d'adhésion.

Pour les contractuels de droit privé (y inclus les assistants familiaux) : salaire annuel brut des 12 derniers mois précédent l'arrêt de travail ; pour ceux ne disposant pas d'une année complète de rémunération : moyenne des salaires bruts perçus depuis leur embauche jusqu'à leur adhésion.

4 - Votre cotisation

Votre taux de cotisation figure sur votre certificat d'adhésion et s'applique au traitement de référence précisé dans ce même certificat.

| GARANTIES | TAUX DE COTISATION TTC |
|---|---|
| FORMULE DE BASE (obligatoire) | |
| GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL | 1,636 % du traitement de référence brut |
| GARANTIE INVALIDITÉ | |
| GARANTIE PERTE DE RETRAITE | |
| OPTION | |
| GARANTIE PERTE DE RETRAITE | 0,08 % du traitement de référence brut |

La responsabilité du paiement de la cotisation est à votre charge.

Votre cotisation annuelle est payable d'avance, par prélèvement automatique conformément à l'échéancier intégré à l'appel de cotisation annuel, et calculée par application des taux ci-dessus sur les bases suivantes : intégralité du traitement brut indiciaire du traitement moyen mensuel basé sur les 12 derniers mois, augmenté de la nouvelle bonification indiciaire et du régime indemnitaire que l'adhérent aurait perçus s'il n'était pas en arrêt de travail.

Au 1^{er} janvier de chaque année, la base de cotisation est mise à jour sous les mêmes conditions précédemment citées.

A la fin de chaque année civile, le souscripteur adresse au gestionnaire les éléments de rémunération réellement perçus, afin de déterminer la cotisation annuelle définitive. Cette dernière fait l'objet d'un ajustement et donne lieu selon le cas, à l'appel d'un complément de cotisation ou au remboursement d'un trop perçu auprès de l'adhérent.

Les adhérents s'engagent à fournir les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations conformément aux dispositions prévues au paragraphe 6 ci-après (utiles également aux éventuels remboursement de trop perçu de cotisations et au paiement des prestations). Ils s'engagent ainsi à communiquer leurs coordonnées bancaires résultant de la mise en place de l'espace unique de paiement en euros (« SEPA »), et notamment :

- l'identifiant international de leur établissement financier, régulièrement désigné par le sigle BIC ;
- l'identifiant international de leur compte bancaire, fréquemment désigné par le sigle IBAN.

En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, l'adhérent autorise le gestionnaire à prélever le montant correspondant aux cotisations dues pour sa couverture ; ce montant sera communiqué par le gestionnaire 8 jours calendaires au moins avant la date du premier prélèvement.

L'adhérent s'engage donc à retourner au gestionnaire, dûment rempli, et joint au bulletin d'adhésion individuelle, le mandat de prélèvement qu'il lui aura remis, accompagné d'un relevé d'identité bancaire mentionnant l'identifiant international de son établissement financier et l'identifiant international de son compte bancaire.

En cas de modification des cotisations pour quelle que cause que ce soit, par exemple en cas de souscription la garantie optionnelle, l'adhérent autorise expressément le gestionnaire à prélever le montant de la fraction de cotisation correspondant aux modifications intervenues, au titre de la période au cours de laquelle lesdites modifications prendront effet.

Le gestionnaire adressera l'échéancier modifié à l'adhérent préalablement à la réalisation du prélèvement.

Défaut de paiement des cotisations :

Votre cotisation doit être réglée dans les 10 jours de son échéance. A défaut, nous vous adresserons une lettre recommandée vous en réclamant le montant et vous informant de la suspension de vos garanties pour non-paiement des cotisations.

Vous devrez alors, impérativement, payer celle-ci dans les 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, ainsi que les cotisations venues à échéance pendant ce délai.

A l'issue de ce délai, si les cotisations ne sont toujours pas payées, votre adhésion sera définitivement résiliée.

Aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de 40 jours précitée de suspension des garanties ou après la résiliation du contrat.

5 - Modalités de renonciation, résiliation et modification de l'adhésion individuelle

Faculté de renonciation

Vous pouvez exercer votre faculté de renonciation pendant trente jours, à compter de la date d'effet de votre adhésion au contrat. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Vous devez alors adresser (avec copie au souscripteur) une lettre recommandée avec avis de réception à Publiservices, 18020 Bourges Cedex, suivant ce modèle :

« Je soussigné(e) : (nom et prénom) _____
Né(e) le : _____ demeurant : _____
déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance collective à adhésion facultative n° _____ effectuée le _____.
Fait à _____ le _____.
Signature _____

Vous serez remboursé de la cotisation payée dans les 30 jours de la réception de la lettre recommandée.

L'assuré qui a exercé sa faculté de renonciation à son adhésion au contrat pour quelque motif que ce soit, ne peut plus prétendre à prestation et ne peut plus adhérer au contrat à l'avenir.

Faculté de résiliation individuelle

Vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion individuelle à chaque échéance annuelle. Vous devez faire parvenir votre demande à l'organisme gestionnaire, par lettre recommandée, envoyée au moins deux mois avant l'échéance. Vous devez également informer le souscripteur du contrat (la collectivité) en lui adressant une copie de la lettre de résiliation.

L'assuré qui a exercé sa faculté de résiliation annuelle ne peut plus adhérer au contrat. Tout sinistre né postérieurement à la date de résiliation de l'adhésion ne peut donner lieu à une prise en charge par Mutex.

La résiliation est sans effet sur le service des prestations en cours de service qui est maintenu à la date d'effet de la résiliation jusqu'au terme prévu pour chacune des garanties par le présent contrat.

Faculté de modification de l'adhésion

Vous pouvez également modifier votre choix de garanties optionnelles à chaque échéance annuelle. Vous devez faire parvenir votre demande à l'organisme gestionnaire, par lettre recommandée, envoyée au moins deux mois avant l'échéance.

Vous pouvez également modifier votre choix de garantie optionnelle à chaque échéance annuelle en adressant votre demande (bulletin de modification d'option) à l'organisme gestionnaire, par lettre recommandée, envoyée au moins deux mois avant l'échéance.

La souscription de la nouvelle garantie sera soumise à un délai de stage de 6 mois lorsque cette demande intervient postérieurement à l'adhésion initiale au contrat collectif, y compris si la demande d'adhésion intervient dans le délai des douze mois à compter de la date d'effet ou d'embauche.

Modifications de votre situation affectant votre adhésion

En cours de contrat, vous vous engagez à informer Mutex des modifications suivantes intervenant dans votre situation susceptibles d'affecter votre adhésion :

- tout changement de statut (ex : agent non titulaire qui est titularisé) ;
- toute cessation temporaire (détachement, mise en disponibilité, chômage...) ou définitive d'activité, ou cumul emploi-retraite ou réduction du temps de travail ;
- toute évolution de votre revenu annuel ;
- tout changement d'état civil ;
- tout changement d'adresse.

Ces déclarations doivent être adressées, dans un délai de 15 jours à compter de la date de modification, au gestionnaire de votre adhésion.

6 - Suspension des garanties

Vos garanties sont suspendues :

- en cas de mise à pied par la collectivité, pour la durée de la suspension ;
- en cas de radiation des effectifs de la collectivité pour mobilité professionnelle,
- lorsque vous êtes placé en disponibilité à votre demande pour convenances personnelles ou en congés parental ou en congés de formation professionnelle, ou en mise en disponibilité d'office pour une raison autre que de santé ; les garanties reprennent le jour qui suit la date de votre reprise d'activité, à condition que vous vous acquittiez de nouveau des cotisations et d'avoir informé Mutex par l'intermédiaire du gestionnaire de votre adhésion, dans un délai de trois mois à compter de la date de votre reprise d'activité. Vous pouvez néanmoins, à titre individuel, conserver le bénéfice de vos garanties durant la période de suspension de votre contrat de travail, sous réserve que vous preniez en charge l'intégralité des cotisations appelées postérieurement à la date de radiation, en demandant votre adhésion au contrat spécifique prévu à cet effet ;
- entre le 11^e jour et le 40^e jour après l'échéance de votre prime, en cas de non-paiement de celle-ci ou d'une fraction de celle-ci par votre collectivité employeur (après envoi d'une mise en demeure pour non-paiement opérée par lettre recommandée 10 jours après l'échéance).

La suspension des garanties est sans effet sur le service des prestations en cours de service jusqu'au terme prévu pour chacune des garanties par le présent contrat.

Cas particulier :

En cas de radiation des effectifs de la collectivité pour mobilité professionnelle vers une autre collectivité de la Fonction publique territoriale qui ne verse aucune participation, vous pouvez conserver le bénéfice de votre garantie, en demandant votre adhésion au contrat spécifique prévu à cet effet. Vous devrez dans ce cas prendre en charge l'intégralité des cotisations appelées postérieurement à la date de radiation.

7 - Cessation des garanties

Les garanties cessent dans l'un des cas suivants :

- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions pour être assuré au titre du contrat, telles que définies à l'article 1 de la présente notice ;
- en cas de résiliation du contrat à l'issue de la procédure de non-paiement des cotisations par la collectivité employeur, dans un délai de 40 jours après mise en demeure ;
- en cas de cessation d'activité lorsque vous faites valoir vos droits à la retraite ;
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite au titre du régime auquel vous êtes affilié pour les garanties Invalidité permanente, Perte de retraite,
- à l'âge minimum légal auquel vous pouvez liquider une retraite à taux plein au titre d'un régime vieillesse de base, ou équivalent pour la garantie Incapacité temporaire totale de travail, Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie, Rente éducation, Rente de conjoint et Aide au financement des frais d'obsèques
- à la date de votre décès ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Le service des prestations en cours de service est maintenu jusqu'au terme prévu pour chacune des garanties par le présent contrat.

8 - Exonération des cotisations

Lorsque vous êtes pris en charge au titre de la garantie invalidité permanente, vous êtes exonéré du paiement des cotisations afférentes à l'ensemble des garanties, tant que le contrat est en vigueur.

III - LES GARANTIES

1 - Garantie Incapacité temporaire totale de travail

1.1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières lorsque vous êtes en incapacité temporaire totale de travail et ne percevez plus votre plein traitement.

1.2 - Conditions pour bénéficier de la garantie

Pour bénéficier des prestations au titre de la garantie Incapacité temporaire totale de travail, vous devez remplir l'ensemble des conditions suivantes :

- ne pas pouvoir exercer momentanément une quelconque activité professionnelle, par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté ou exercer votre activité à temps partiel pour raisons médicales ;
- être reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail pendant la période de garantie ;
- ne pas percevoir votre plein traitement avant la date de résiliation du contrat ;
- ne pas être en âge de liquider à taux plein votre retraite auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent.

L'assureur peut demander à l'assuré de se soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin désigné, dans le but d'apprecier son incapacité à exercer son activité professionnelle.

1.3 - Service de la prestation

Période de couverture

La prestation est versée à l'issue de la période de plein traitement fixée par le statut de la Fonction Publique territoriale et par les textes réglementaires régissant le statut des agents.

L'indemnisation par l'assureur intervient en complément du maintien partiel de traitement par l'employeur et/ou de l'indemnisation par la Sécurité sociale, pour une durée identique soit, selon la réglementation actuellement en vigueur :

Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^e année,
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^e année.

Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^e année.

Pour les agents non titulaires :

- En cas de maladie ordinaire :
 - Agents d'une ancienneté de moins de 4 mois : à partir du 31^e jour continu ou discontinu,
 - Agents d'une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31^e jour continu ou discontinu,
 - Agents d'une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61^e jour continu ou discontinu,
 - Agents d'une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91^e jour continu ou discontinu,
- En cas de grave maladie, à partir du 366^e jour continu ou discontinu.
- En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : à partir du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Pour les agents à temps partiel thérapeutique :

- si la reprise à temps partiel se situe pendant la période de congé maladie à plein traitement prise en charge par l'employeur, l'assureur indemnise l'assuré au terme de la période à plein traitement à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'avait pas repris son activité à temps partiel.
- si l'assuré est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales sans avoir été en arrêt complet de travail auparavant, l'assureur prend en charge cet assuré au terme d'un délai de carence égal :
 - pour les agents dont le traitement est maintenu par l'employeur, au nombre de jours pendant lequel l'employeur aurait maintenu le plein traitement pour un arrêt de travail complet dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire,
 - pour les agents dont le traitement n'est pas maintenu par l'employeur, et relevant du régime général de la Sécurité sociale, à 30 jours.

Pour les contractuels de droit privé (y inclus les assistants familiaux) et pour les agents non titulaires et horaires ne percevant pas de plein traitement de la part de leur employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident :

- à partir du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu en cas de maladie ou d'accident de la vie privée
- à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Le jour de carence tel que défini au chapitre VI de cette notice ne fait l'objet d'aucune indemnisation par l'assureur.

En cas de mise à disponibilité d'office suite à l'expiration de vos droits au titre des régimes de maladie ordinaire, longue maladie ou longue durée, ou au titre de l'arrêt de travail du régime général de la Sécurité sociale, la prestation versée par l'assureur pourra être prolongée, dans la limite de 365 jours.

Versement de la prestation

La prestation est servie mensuellement, à terme échu sous réserve que vous transmettiez l'ensemble des pièces précisé au 1.5 ci-dessous.

Cessation du versement

- Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :
- du 1 095^e jour d'arrêt de travail indemnisé au titre du présent contrat,
 - du jour de la reprise de travail à temps complet,
 - de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale.
 - au jour où vous êtes admis à bénéficier d'une pension d'invalidité permanente par votre régime de base ;
 - au jour où vous liquidez vos droits à la pension de retraite, sauf en cas de cumul emploi retraite tel que défini dans les textes en vigueur, à la condition que vous continuiez à percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou une indemnisation de votre employeur au titre du statut de la Fonction Publique territoriale ;
 - en cas de rétablissement du plein traitement par la collectivité, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque vous êtes placé en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD) ; vous devez rembourser les indemnités versées au souscripteur, qui reversera la somme à l'assureur ;
 - à la date de votre décès ou de la reconnaissance de votre perte totale et irréversible d'autonomie,
 - à l'expiration du délai de versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale,
 - en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical dont vous avez fait l'objet,
 - à la date d'effet de votre démission ou de votre radiation des effectifs du souscripteur (sauf licenciement pour inaptitude)
 - à votre mise en disponibilité d'office, à l'issue de la période d'interruption de travail incluant les arrêts au titre de la maladie ordinaire, du congé de longue maladie et du congé de maladie de longue durée, y compris les périodes prises en charge à 100 % par la collectivité.

1.4 - Montant de la prestation

Le montant de la prestation journalière est calculé en fonction du taux de couverture choisi, appliquée à votre traitement annuel de référence (ces deux éléments étant définis et précisé dans votre certificat d'adhésion), divisé par 360 jours.

Votre garantie Mutex : Du jour où vous ne percevez plus votre plein traitement et ce afin de limiter votre perte de revenu, Mutex vous verse des indemnités journalières à hauteur de :

- 95 % du TIN + NBI net sous déduction de l'intervention de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme
- 45 % du RI net.

Lorsque vous êtes placé en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD) à effet rétroactif, et percevez de ce fait de votre collectivité employeur un rétablissement du plein traitement pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, vous devez rembourser les indemnités versées par Mutex.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'assureur de la baisse de traitement et, le cas échéant de la NBI et/ou des primes du régime indemnitaire et/ou des heures supplémentaires consécutive à une incapacité temporaire totale de travail, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

1.5 - Demande de prestation

Vous devez adresser vos demandes d'indemnisation au gestionnaire des prestations, dans le mois qui suit la perte de revenu. Ces demandes doivent être accompagnées des pièces suivantes :

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- les avis du Comité médical ou de la Commission de réforme,
- vos certificats médicaux d'arrêt,
- votre bulletin de paie pour la période à demi traitement demandée,

- votre dernier bulletin de paie à plein traitement,
- une attestation de votre collectivité indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée ainsi que la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- pour les non titulaires, une attestation de votre collectivité précisant votre date d'embauche,
- votre Relevé d'Identité Bancaire,

et pour bénéficier le cas échéant du maintien des indemnités accessoires :

- vos 3 derniers bulletins de paie,
- ainsi que ceux mentionnant les indemnités accessoires si celles-ci ne sont pas mensuelles.

La fourniture des justificatifs est obligatoire pour l'ouverture des droits à prestations.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces sont à adresser dans un délai maximum de trois mois ; à défaut la prestation est suspendue.

2 - Garantie Invalidité permanente

Vous êtes couvert en cas d'invalidité permanente si cette garantie figure dans votre certificat d'adhésion.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité temporaire totale de travail.

2.1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente temporaire en cas de baisse de votre traitement consécutive à votre mise en invalidité permanente.

2.2 - Conditions pour bénéficier de la garantie

L'invalidité permanente est reconnue lorsque vous êtes dans l'incapacité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite d'une maladie ou d'accident de la vie privée, d'une maladie professionnelle ou d'accident du travail et remplissez les conditions suivantes, avant d'avoir atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite :

Pour les assurés affiliés à la CNRACL :

- avoir été mis à la retraite pour une invalidité permanente, ou

Pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- justifier d'un taux d'invalidité permanente d'au moins 2/3 avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;
- ou justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

L'assureur peut demander à l'assuré de se soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin désigné, dans le but d'apprecier son incapacité à exercer son activité professionnelle.

2.3 - Période de couverture

Point de départ et versement de la prestation

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, et débute :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- à la date de la mise à la retraite pour invalidité ;

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- à la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie,
- ou à la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 60 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Cessation du versement

Le versement de la rente cesse :

- dès votre reprise d'activité, même partielle, y compris en temps partiel thérapeutique,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical,
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite au titre du régime auquel vous êtes affilié,
- à la date de votre décès ou de votre perte totale et irréversible d'autonomie.

2.4 - Montant de la prestation

Le montant annuel de la prestation, versé sous forme de rente, est constitué du produit :

- du taux de couverture choisi par la collectivité ou l'agent,
- votre traitement annuel de référence évalué au jour de la constatation de l'invalidité permanente.

Ces deux éléments sont définis et précisés dans votre certificat d'adhésion.

Votre garantie Mutex : Du jour où vous ne percevez plus votre plein traitement et ce afin de limiter votre perte de revenu, Mutex vous verse une rente mensuelle à hauteur de :

- 95 % du traitement de référence net (TBI et NBI et RI) sous déduction de l'intervention de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme.

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

2.5 - Demande de prestation

Pour faire valoir vos droits, vous devez adresser votre demande de prestation au gestionnaire des prestations, dans les jours qui suivent la reconnaissance de mise en invalidité permanente et au plus tard dans un délai de trois mois, accompagnée des documents suivants :

A l'ouverture des droits :

pour les agents relevant de la Fonction Publique territoriale :

- l'arrêté de radiation des cadres,
- votre dernier bulletin de salaire,
- un extrait de liquidation de votre rente pour invalidité CNRACL,
- vos bulletins de paiements émanant de la CNRACL,
- le document émanant de la CNRACL mentionnant obligatoirement le taux d'invalidité,
- votre Relevé d'Identité Bancaire (lors de la 1^{re} demande).

pour les agents relevant de la Sécurité sociale :

- l'arrêté de licenciement pour inaptitude,
- votre dernier bulletin de salaire,
- la notification d'attribution d'une rente invalidité 2^e ou 3^e catégorie,
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66 %,
- vos décomptes de paiements de la Sécurité sociale,
- votre Relevé d'Identité Bancaire (lors de la 1^{re} demande).

La fourniture des justificatifs est obligatoire pour l'ouverture des droits à prestations.

Chaque 1^{er} janvier :

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie selon modèle fourni en annexe 1. **Faute de ce justificatif, les prestations peuvent être suspendues.**
- un Relevé d'Identité Bancaire (en cas de modification uniquement).

3 - Garantie Perte de retraite

Vous êtes couvert par la garantie Perte de retraite si cette garantie figure dans votre certificat d'adhésion.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée aux garanties Incapacité temporaire totale de travail et Invalidité permanente.

3.1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital en complément de votre pension de retraite servie par le régime vieillesse, si vous avez été mis en invalidité permanente avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, au titre du régime auquel vous êtes affilié.

3.2 - Conditions pour bénéficier de la garantie

Pour pouvoir bénéficier des prestations au titre de la garantie Perte de retraite, vous devez remplir l'ensemble des conditions suivantes :

- si vous relevez du statut de la Fonction Publique territoriale et êtes affilié à la CNRACL : vous devez avoir été mis à la retraite pour une invalidité,
- si vous relevez du Régime général de la Sécurité sociale et êtes affilié à l'IRCANTEC : vous devez avoir été atteint d'une invalidité dont le taux est d'au moins 2/3 ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 %,
- être en jouissance de votre pension de retraite servie par votre régime vieillesse et avoir atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite.

3.3 - Période de couverture

Point de départ et versement de la prestation

Le capital vous est versé une fois l'ensemble des justificatifs transmis au gestionnaire.

Cessation du versement

La prestation cesse à la date de votre décès.

3.4 - Montant de la prestation

Le capital qui équivaut à trois plafonds mensuels de la Sécurité Sociale.

3.5 - Demande de prestation

Pour faire valoir vos droits, vous devez adresser votre demande de prestation au gestionnaire des prestations, dans les jours qui suivent la reconnaissance de mise en invalidité permanente et au plus tard dans un délai de trois mois, accompagnée des documents suivants :

A l'ouverture des droits :

- votre titre de pension de retraite ;
- vos relevés d'autre(s) pension(s) de retraite(s) obligatoire(s) (CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, etc.) ou une attestation sur l'honneur mentionnant que vous ne percevez pas d'autres pensions de retraites obligatoires (CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, etc.) ;
- votre dernier bulletin de paiement émanant de la CNRACL pour les agents relevant de la Fonction Publique territoriale ;
- votre dernier décompte de paiement de la Sécurité sociale pour les agents relevant de la Sécurité sociale.

La fourniture des justificatifs est obligatoire pour l'ouverture des droits à prestations.

4 - Garantie Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes

Vous êtes couvert en cas de Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie si cette garantie figure dans votre certificat d'adhésion. Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité temporaire totale de travail.

4.1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital dont le montant figure dans votre certificat d'adhésion, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s),

si vous décédez ou à vous-même en cas de reconnaissance de votre perte totale et irréversible d'autonomie.

4.2 - Conditions pour bénéficier de la garantie

Pour bénéficier de cette garantie, votre âge doit être inférieur à l'âge minimum légal de départ à la retraite à taux plein au jour de la survenance du décès ou de la PTIA.

4.3 - Montant et versement de la prestation

Votre garantie Mutex : Versement d'un capital aux bénéficiaires désignés en cas de décès, et à vous-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Montant garanti : capital égal à 100 % de votre traitement annuel brut de référence.

Le capital est calculé en fonction du taux de couverture choisi, appliquée à votre traitement de référence. Ces deux éléments figurent dans votre certificat d'adhésion.

Le capital garanti est exigible à la date à laquelle la preuve de l'existence du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie aura été apportée. Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives.

L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital Perte totale et irréversible d'autonomie. Si vous décédez après la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

4.4 - Bénéficiaires de la prestation

Bénéficiaires du capital en cas de décès

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- à votre conjoint survivant non séparé de corps judiciairement à la date du décès, non divorcé ou à votre concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
- à défaut à vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- à défaut à vos ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut à vos autres héritiers par parts égales entre eux.

Si vous désirez que le capital ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, vous devez désigner expressément les bénéficiaires de votre choix dans le bulletin de désignation remis par le souscripteur.

Cette désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Vous conservez un exemplaire de ce document et le souscripteur envoie à l'assureur l'autre exemplaire dans les plus brefs délais.

Si vous désignez nommément le(s) bénéficiaire(s), vous porterez ses (leurs) coordonnées sur le bulletin de désignation ; elles seront utilisées par l'assureur lors de votre décès.

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

- par un écrit signé de l'organisme assureur, de vous-même et du bénéficiaire,
- ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de vous et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à l'assureur pour lui être opposable.

Ainsi la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Chaque bénéficiaire percevra sa part sur le compte bancaire ouvert à son nom ou à celui de son représentant légal. Pour un enfant mineur, le capital sera obligatoirement versé sur un compte bancaire ouvert à son nom.

Bénéficiaires du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de reconnaissance de votre perte totale et irréversible d'autonomie, le capital Décès est versé par anticipation sur votre compte bancaire ou celui de votre représentant légal.

4.5 - Demande de prestation

Pour faire valoir vos droits, vous ou vos ayant droits devez adresser la demande de prestation au gestionnaire des prestations, dans les jours qui suivent le sinistre, accompagnée des documents suivants :

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause du décès,
- les pièces justificatives de la qualité du ou des bénéficiaire(s), ainsi que la désignation de bénéficiaire(s) éventuelle,
- la copie du placement sous tutelle, si le bénéficiaire est mineur ou majeur protégé,
- un relevé d'identité bancaire ou postale du ou des bénéficiaire(s) ou de son (ses) représentant(s),
- une photocopie recto verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaire(s), et le cas échéant, de celle de son ou leurs représentants légaux,
- et le cas échéant toute pièce médicale ou administrative, notamment des procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.

En cas de PTIA :

- les pièces pouvant justifier la PTIA,
- un certificat médical de votre médecin traitant précisant si possible la cause de la PTIA,
- la notification de la décision de la Sécurité sociale ou l'avis de la Commission de réforme vous classant en 3^e catégorie d'invalidité,
- votre relevé d'identité bancaire ou, le cas échéant, celui de votre représentant légal,
- une photocopie recto verso, datée et signée, de votre pièce d'identité en cours de validité, et, le cas échéant, de celle de votre représentant légal,
- et le cas échéant toute pièce médicale ou administrative, notamment des procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause de la PTIA.

Dans tous les cas et selon la qualité du (des) bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation.

Conjoint :

- si le conjoint est né en France, un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales ;
- si le conjoint est né hors de France, une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé.

Partenaire de PACS :

- l'acte d'enregistrement au tribunal d'instance,
- la copie du contrat de PACS,
- ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé.

Concubin :

- la dernière déclaration fiscale au même domicile,
- la dernière quittance de loyer,
- une facture EDF,
- toute autre pièce justificative.

Enfants :

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété.

Bénéficiaire nommément désigné :

- un extrait d'acte de naissance.

Héritiers :

- un acte de notoriété ou un certificat de propriété ou un certificat d'héritier.

IV - LES PRESTATIONS

1 - Demande d'indemnisation

Pour percevoir les prestations, les bénéficiaires doivent faire leur demande auprès du gestionnaire des prestations en fournissant toutes les pièces et justificatifs nécessaires, précisés plus haut dans le descriptif de chaque garantie.

Votre demande de prestation est à adresser à notre gestionnaire de prestations SOFAXIS santé Prévoyance (par courrier, par fax ou par mail).

SOFAXIS santé Prévoyance – Service Prestations CS 80006
18020 BOURGES Cedex
Fax : 02 48 48 20 99
Mail indemnisationsprevoyance@sofaxis.com

Vous pouvez également contacter notre gestionnaire de prestations SOFAXIS santé Prévoyance au numéro suivant : 02 48 48 20 90 (du lundi au vendredi de 8 h 30 à 12 h et de 14 h à 17 h 30).

En cas de non-respect des formalités susvisées et des délais de déclaration, l'indemnisation du sinistre ne débutera qu'à compter de la date à laquelle il a été déclaré.

Les pièces médicales doivent être adressées sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'organisme gestionnaire. Vous pouvez à cet effet vous procurer une enveloppe spécifique auprès de votre employeur.

2 - Versement des prestations

Une fois établi le droit à prestations, les prestations sont alors versées par le gestionnaire des prestations, soit au souscripteur qui se charge de les reverser au bénéficiaire, soit directement à ce dernier, en fonction des garanties souscrites.

3 - Plafonds d'indemnisation

Pour les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité

Le montant de l'indemnité journalière versée par l'assureur, augmenté des prestations versées par la collectivité, la Sécurité Sociale ou de toute autre indemnité (quelle qu'en soit la nature juridique, et versée par quelque organisme que ce soit), ne peut en aucun moment excéder, selon le niveau de garantie choisi et précisé dans votre certificat d'adhésion : la totalité ou la fraction de votre traitement indiciaire selon votre régime de travail, augmenté le cas échéant, de la NBI et/ou du RI et/ou des primes nets et/ou des heures supplémentaires annuels définis au chapitre VI de cette notice, pris en compte par l'assureur au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à l'article 5 de ce chapitre.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

En cas de prise en charge par l'assureur de la perte de la NBI, et/ou du RI et/ou des Primes et/ou des heures supplémentaires, celle-ci cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique territoriale.

Pour la garantie Invalidité permanente

Le montant de la rente d'invalidité versée par l'assureur, augmenté des prestations versées par la collectivité, la Sécurité sociale ou de toute autre indemnité (quelle qu'en soit la nature juridique, et versée par quelque organisme que ce soit), à l'exclusion de l'allocation spécifique de tierce personne, ne peut en aucun moment excéder, selon le niveau de garantie choisi et précisé dans votre certificat d'adhésion : la totalité ou la fraction de votre traitement indiciaire selon votre régime de travail, augmenté le cas échéant, de la NBI et/ou du RI et/ou des primes nets et/ou des heures supplémentaires annuels définis défini au chapitre VI de cette notice, pris en compte par l'assureur au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à l'article 5 de ce chapitre.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

En cas de prise en charge par l'assureur de la perte de la NBI, et/ou du RI et/ou des Primes et/ou des heures supplémentaires, celle-ci cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique territoriale.

4 - Exclusions

Pour les garanties Incapacité temporaire de travail, Invalidité permanente, Perte de retraite, et Décès/PTIA accidentel

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'assureur :

- les conséquences des faits intentionnellement causés ou provoqués par vous-même ou vos bénéficiaires,
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels que soient les protagonistes, dès lors que vous y prenez une part active,
- les conséquences de votre participation volontaire et violente à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,
- les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,
- les conséquences d'activités sportives à risque, professionnelles ou de haut niveau ou de loisirs que vous pratiquez dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou que vous pratiquez au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait,
- les conséquences des rixes, jeux et paris, si vous y prenez une part active.
- les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement qui vous est médicalement prescrit,
- le sinistre qui survient alors que vous présentez un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L 234-1 du Code de la route et relevant des délits,
- les conséquences de vols aériens sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.
- les conséquences de tentative de suicide de votre part, dans les 24 mois suivant votre adhésion ou la modification de vos garanties.

Pour les garanties Décès/PTIA toutes causes, Rente éducation, Rente de conjoint, Rente orphelin, Financement des frais d'obsèques

Sont également exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'assureur :

- votre suicide ou tentative suicide qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties sauf durée d'assurance acquise au titre d'un précédent contrat ;
- le fait intentionnellement causé ou provoqué par vous-même ou par l'un de vos ayants droit.
- le meurtre ou la complicité de meurtre commis par un ou plusieurs bénéficiaires sur votre personne, dès lors que ce(s) bénéficiaire(s) a (ont) été condamné(s).

5 - Revalorisation

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques sont revalorisées à chaque variation de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique Territoriale sur la base de ce même indice et sont servies dans la limite du résultat du contrat sans pouvoir dépasser 2,5 % annuels de la valeur du point d'indice.

En cas de résiliation du contrat, les prestations périodiques en cours de service se poursuivent jusqu'au terme prévu pour chaque garantie. Les revalorisations ultérieures à la date de résiliation du présent contrat continuent à être versées chaque année, dans la limite des résultats techniques et financiers annuels de l'ensemble des contrats complémentaires au statut des collectivités territoriales souscrits par MUXE.

Revalorisation des capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^e de l'article R. 132-3-1 du Code assurances.

Revalorisation des arrérages de rentes dus entre le décès ouvrant droit aux prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations.

Les arrérages de rentes échus entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances.

Durant la période se situant entre la date du décès et la date d'échéance de l'arrérage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article ci-dessus. À compter de la date d'échéance de l'arrérage et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrérage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^e de l'article R. 132-3-1 du Code assurances.

6 - Contrôles médicaux

L'assureur se réserve la faculté de vous faire examiner par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer de la poursuite du service des prestations.

Si vous vous refusez à un contrôle médical ou si vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance et le cas échéant, le service des prestations est suspendu 10 jours après l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée, adressée à votre dernier domicile connu et dont une copie sera transmise au souscripteur.

7 - Litiges médicaux dans le cas des prestations

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, l'assureur vous notifie sa décision.

L'assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé (notamment celles du Comité médical et de la Commission de réforme).

Vous pouvez contester la décision de l'assureur en lui faisant parvenir dans un délai de trois mois un certificat médical justifiant

vos réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de votre dossier et précisant que vous vous engagez à avancer les honoraires du tiers expert.

Votre médecin et le médecin conseil de l'assureur ou de l'organisme gestionnaire rechercheront une position commune relative à votre état de santé. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de conciliation décrite ci-dessous est mise en œuvre :

L'assureur invite son médecin conseil et votre médecin à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Les honoraires des trois médecins pour l'exercice de cette commission d'arbitrage sont à la charge de l'Assureur, et ce quelle que soit la décision prise.

V - DISPOSITIONS DIVERSES

1 - Fausse déclaration intentionnelle

La garantie qui vous est accordée par l'assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, 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 a été sans influence sur la réalisation du risque.

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 - Réclamations et Litiges

Pour toute réclamation, ou tout litige, le souscripteur et les assurés peuvent s'adresser aux services de gestion de MUTEK.

Après leur intervention, si la réclamation n'était pas réglée, ils peuvent écrire à MUTEK – Service Qualité Relation Adhérent – 125, avenue de Paris – 92327 CHATILLON CEDEX, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

En cas de litige, MUTEK, met à la disposition de ses assurés et leurs ayants droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et à leurs ayants droit, confrontés à une situation litigieuse avec MUTEK, non résolue après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son ayant droit en adressant sa demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou par internet : www.mediation-assurance.org

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de MUTEK : www.mutek.fr.

3 - Informatique et libertés

Dans le cadre de l'exécution du contrat, les données à caractère personnel des assurés et du souscripteur font l'objet d'un traitement mis en œuvre par MUTEK et votre mutuelle. Le souscripteur informera les assurés que des traitements les concernant sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour la gestion commerciale de notre relation. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application desdits contrats. Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements. Dans ce cadre, nous serons tenus de nous assurer que vos données

sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la CNIL. Les données collectées sont destinées aux services concernés de MUTEK et de votre mutuelle, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires.

Vous êtes informés que si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de vous opposer au démarchage téléphonique en entrant vos numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Votre inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de votre inscription.

Le souscripteur et les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement et d'opposition concernant ces données, de définir des directives sur leur sort après votre décès, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du délégué à la protection des données de votre mutuelle ou de MUTEK par mail dpo@mutek.fr ou par courrier à l'attention du délégué à la protection des données de MUTEK - 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex. L'exercice de vos droits est subordonné à la production d'un titre d'identité que vous devez joindre à votre demande. En cas de réclamation, vous disposez d'un droit de saisir la CNIL.

Des données relatives à votre état de santé peuvent être traitées, après avoir recueilli votre consentement, dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical de MUTEK. L'exercice de vos droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité, à l'attention du Médecin conseil de MUTEK - 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex.

4 - Prescription

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire des garanties est une personne distincte de l'assuré.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où MUTEK en a eu connaissance ;
2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré ou de ses ayants droit contre l'assureur 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 l'assuré ou son ayant droit ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur au souscripteur ou à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

5 - Subrogation

Conformément à l'article L 131-2 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré victime d'un accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare les conséquences pécuniaires de l'impossibilité de l'assuré à travailler.

VI - DÉFINITIONS

Souscripteur : la collectivité (personne morale) qui signe le contrat au bénéfice de ses agents.

Assuré : Vous, agent du souscripteur relevant de la population assurable et ayant adhéré au contrat.

Jour de Carence :

Le jour de carence, issu de la loi de Finances 2018, consiste à ne pas vous rémunérer la première journée de chaque congé de maladie ordinaire. Seul le Supplément familial de traitement (SFT) continue d'être versé.

Le jour de carence vient en déduction du nombre de jours de congés maladie rémunérés à plein ou demi-traitement par la collectivité ou la Sécurité sociale.

Ayants droit : vos ayants droit sont votre conjoint ou concubin ou partenaire et vos enfants à charge, tels que définis ci-après.

Conjoint : personne mariée avec vous.

Concubin : personne vivant en couple avec vous dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil) : 2 ans de vie commune avant le décès sauf si un enfant est né de l'union, justifiée par la production de la dernière déclaration fiscale au même domicile, la dernière quittance de loyer, facture EDF...

Partenaire : personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil). Il peut être justifié par la copie de l'acte d'enregistrement au Tribunal d'Instance, la copie du contrat de PACS ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé.

Enfants à charge : sont considérés comme vos enfants à la charge :

- vos enfants,
- les enfants de votre conjoint, votre partenaire de Pacs ou votre concubin, lorsqu'ils entrent en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts de votre foyer fiscal.

Par assimilation sont donc considérés comme vos enfants à charge :

- vos enfants âgés de moins de 16 ans qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont vous pourvoyez aux besoins et assumez la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels vous versez une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement ;
- ainsi que vos enfants de moins de 26 ans
- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants (Article L.381-3, et suivants du Code de la Sécurité Sociale) ;
- qui sont en apprentissage et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55 % du SMIC mensuel ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire ;
- qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles. Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales des capitaux ou des rentes, aucune limitation d'âge ne leur est appliquée.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : vous êtes considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie si vous réunissez simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant vous procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer).

Base de garantie : la base de garantie est définie par référence à votre traitement indiciaire annuel augmenté le cas échéant de la NBI, et/ou du RI, et/ou des Primes, ou indemnités accessoires, et/ou des primes exceptionnelles ou heures supplémentaires.

La base de garantie est choisie par votre collectivité et indiquée dans votre certificat d'adhésion.

Le traitement indiciaire :

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP.

IT : Indice de Traitement majoré de l'assuré.

VP : Valeur du Point de l'indice.

Le traitement indiciaire net est égal au traitement indiciaire brut, soumis à retenue pour pension, diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG déductible et non déductible, CRDS).

NBI (Nouvelle Bonification Indiciaire) :

Majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque vous occupez une fonction ouvrant droit à ladite NBI.

La NBI nette est égale à la NBI brute diminuée des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS).

Régime Indemnitaire :

Il faut entendre par régime indemnitaire, les indemnités et primes accessoires maintenues ou pas à demi traitement pendant les périodes d'arrêts de travail indemnisées à demi traitement par la collectivité, telles que déclarées dans la délibération.

Primes exceptionnelles et heures supplémentaires :

Les primes exceptionnelles, les indemnités pour heures complémentaires et supplémentaires sont intégrées dans le traitement de référence servant de base au calcul des cotisations et des prestations uniquement si celles-ci sont incluses dans votre traitement de référence et précisées dans votre certificat d'adhésion. Pour le calcul des prestations, elles sont prises en compte sur la base d'une moyenne effectuée sur une période de 12 mois précédant la date de l'arrêt de travail ou le décès.

IAT (Indemnité d'Administration et de Technicité) :

Majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque vous occupez une fonction ouvrant droit à ladite IAT.

IFTS (Indemnité Forfaitaire pour Travaux Supplémentaire) :

Majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque vous occupez une fonction ouvrant droit à ladite IFTS.

Indemnités accessoires : indemnités maintenues pendant les arrêts de travail dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à votre traitement dans le cadre des obligations de votre employeur au titre du statut de la Fonction Publique territoriale.

Les indemnités accessoires nettes sont égales aux indemnités accessoires brutes diminuées des cotisations sociales obligatoires (Sécurité sociale, CSG, CRDS).

www.mutex.fr

Assureur des garanties :
MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex

ANNEXE 1 - MODELE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE

à remplir en *lettres capitales*

Je soussigné(e) Mme, M. (Nom) _____

Nom de naissance (pour les femmes mariées, divorcées et veuves) _____

Prénoms (selon l'ordre de l'état civil) _____

Né (e) le _____ à _____

Demeurant (adresse complète) _____

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser) _____

Conformément aux dispositions fixées par le Contrat d'assurance de groupe :

N° du Contrat : _____

Collectivité : _____

N° dossier : _____

Je reconnais avoir été informé (e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 441-7¹ du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1² et 313-3³ du Code pénal.

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel et de données dites sensibles vous concernant pour assurer la passation, la gestion et l'exécution du contrat. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires et ce, en application desdits contrats ou de l'intérêt légitime de Mutex. Les données collectées dans ce formulaire sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de Mutex et de votre mutuelle, ainsi que, le cas échéant à leurs sous-traitants ou prestataires. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'un droit à la portabilité, d'un droit d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits auprès du délégué à la protection des données de Mutex par mail dpo@mutex.fr ou par courrier à l'attention du délégué à la protection des données de Mutex - 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex. L'exercice de vos droits est subordonné à la production d'un titre d'identité que vous devez joindre à votre demande. En cas de réclamation, vous disposez d'un droit de saisir la CNIL.

Fait à _____ le _____

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

¹ Article 441-7 : « Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originiairement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

² Article 313-1 : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. »

³ Article 313-3 : « La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie. »

www.mutex.fr

Assureur des garanties :
MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex