Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

CHERBOURG en Cotentin

Pôle système d'information et ressources humaines
Direction relations sociales temps de travail et proximité
Rapporteur : Agnès TAVARD

CONSEIL MUNICIPAL

DÉLIBÉRATION N°DEL2024_355
SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 2024

30 - ADHÉSION À LA CONVENTION DE PARTICIPATION "PRÉVOYANCE" PROPOSÉE PAR LE CENTRE DE GESTION DE LA MANCHE

Conformément à l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, les employeurs territoriaux ont l'obligation de financer le contrat de prévoyance à hauteur d'un montant fixé à 7 € par mois et par agent, à compter du 1er janvier 2025.

Les employeurs territoriaux peuvent utiliser 2 procédures :

- **labellisation :** participation financière au coût des contrats individuels souscrits directement par les agents dès lors que ceux-ci sont labellisés (référencés par des organismes accrédités),

- **convention de participation :** participation financière versée aux agents adhérents au contrat-groupe souscrit par l'employeur, dans le cadre d'un appel à concurrence réalisée par :
    - l'employeur directement,
    - le centre de gestion.

Les 2 procédures ne sont pas cumulables. Si une convention de participation est conclue, la collectivité ne peut verser l'aide financière qu'aux agents ayant souscrit un contrat faisant l'objet de cette convention.

Depuis 2016, la collectivité participe au financement de la prévoyance à hauteur de 11 € (via la labellisation), uniquement dans le cas où l'agent ne souhaite pas bénéficier de la participation financière proposée en matière de santé (mutuelle). Environ 30 agents bénéficient actuellement de la participation prévoyance. A compter du 1er janvier 2025, le maintien de la règle du non cumul n'est plus possible. La collectivité devra obligatoirement proposer à tous les agents une aide financière pour la prévoyance, selon la procédure choisie par la collectivité.

La collectivité propose d'adhérer à la convention de participation « prévoyance » du centre de gestion de la Manche à compter du 1er janvier 2025.

Le centre de gestion de la Manche a souscrit une convention de participation pour le risque « Prévoyance » auprès de Intériale/Willis Towers Watson pour une durée de six ans. Cette convention a pris effet le 1er janvier 2023 pour se terminer le 31 décembre 2028.

Le contrat Intériale présente un certain nombre d'avantages par rapport à un contrat labellisé, et qui sont les suivants :

- un maintien du salaire à hauteur de 95%, en cas d'incapacité temporaire de travail, dès lors que l'agent se retrouve à demi-traitement,
- pas de demande auprès de l'agent d'un questionnaire médical,
- pas de délai de stage durant les 12 mois suivant la mise en place de la convention,
- prise en compte du régime indemnitaire, selon le choix de l'agent et le taux de cotisation retenu,
- proposition de garanties optionnelles induisant des taux de cotisation cumulables :
    - maintien de salaire en cas d'invalidité permanente,
    - perte de retraite suite à invalidité permanente,
    - garantie Décès,
- maintien des tarifs pendant 3 ans (à compter du 01/01/23).

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Le montant de la participation employeur est fixé à 11 € par agent et par mois.

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le code des assurances, de la mutualité et de la sécurité sociale,

Vu l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique,

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 modifié relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,

Vu le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement,

Vu la délibération du centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Manche n° 2021-71 du 14 décembre 2021, approuvant le lancement de la procédure de consultation,

Vu la délibération du centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Manche n° 2022-44 du 12 juillet 2022, approuvant le choix de l'organisme assureur retenu pour la conclusion de la convention de participation relative au risque « Prévoyance », pour la période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2028,

Vu la convention de participation « Prévoyance » signée entre le centre de gestion de la Manche et le groupement Intériale/Willis Towers Watson,

Vu l'avis du comité social territorial en date du 12 novembre 2024.

L'autorité territoriale expose qu'en conformité avec l'article L. 827-7 du code général de la fonction publique qui dispose que les centres de gestion concluent, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la protection sociale complémentaire, le risque « Prévoyance », des conventions de participation avec les organismes mentionnés à l'article L. 827-5, le centre de gestion de la Manche a lancé une procédure de mise en concurrence en vue de conclure une convention de participation pour le risque « Prévoyance », conformément au décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et au décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.

À l'issue de cette procédure, le centre de gestion de la Manche a souscrit une convention de participation pour le risque « Prévoyance » auprès de Intériale/Willis Towers Watson pour une durée de six ans. Cette convention prendra effet le 1er janvier 2023 pour se terminer le 31 décembre 2028.

Les collectivités et établissements publics peuvent désormais se rattacher à cette convention de participation sur délibération de leur assemblée délibérante, après consultation du comité social territorial. Pour acter ce rattachement, une convention d'adhésion (jointe en annexe) sera à établir entre la collectivité et le centre de gestion.

L'autorité territoriale propose d'accorder, à compter du 1er janvier 2025, une participation financière, pour le risque « Prévoyance », aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en activité qui auront fait le choix de bénéficier des garanties proposées dans le cadre de la convention de participation. Le montant brut mensuel de cette participation sera de 11 € par agent.

Les agents qui bénéficient d'une participation supérieure à ce montant, antérieurement au 1er janvier 2025, garderont le bénéfice du montant actuel dans la limite du montant de la cotisation qu'ils doivent verser à l'assureur.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

L'autorité territoriale précise que cette participation est attachée à la convention de participation et ne peut être versée dans le cas de contrats individuels souscrits auprès de prestataires labellisés. L'autorité territoriale expose qu'il revient à chaque agent de décider d'adhérer par contrat individuel aux garanties auxquelles il souhaite souscrire.

Par ailleurs, l'autorité territoriale précise que, dans le cadre de ce dispositif, l'adhésion des collectivités et établissements publics à la convention de participation portée par le centre de gestion de la Manche est gratuite.

Le conseil municipal est invité à autoriser Monsieur le Maire à signer la convention de participation « Prévoyance » signée entre le centre de gestion de la Manche et le groupement Intériale/Willis Towers Watson.

Vu l'avis favorable de la commission n°1 et après en avoir délibéré, le conseil municipal adopte.

Heure de vote : **19h14**		Nombre de votants : **53**	
Pour : **53**	Contre : **0**	Abstention : **0**	NPPV : **0**

Le Président de Séance,
Benoit ARRIVE
Signé électroniquement par : Benoit ARRIVE
Date de signature : 20/12/2024
Qualité : Président de séance

Le Secrétaire de Séance,
Sylvie LAINÉ
Signé électroniquement par : Sylvie LAINE
Date de signature : 20/12/2024
Qualité : Secrétaire de séance

PJ : 3

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Ville de Cherbourg-en-Cotentin
Département de la Manche

Conseil municipal du 18 décembre 2024

Mentions prescrites par circulaire de M. le Préfet de la Manche le 3/6/1885 :
Nombre de Conseillers en exercice : 55 – Présents à la séance : 47
Date de la convocation et de son affichage : 6 décembre 2024

Extrait du registre des délibérations du conseil municipal de Cherbourg-en-Cotentin

L'An Deux Mille Vingt-quatre, le dix-huit décembre à 17h00, le conseil municipal de Cherbourg-en-Cotentin, dûment convoqué en date du 6 décembre 2024 par M. ARRIVÉ, Maire, s'est réuni à la mairie de Cherbourg-en-Cotentin.

PRÉSENTS

AMBROIS Anne (mandataire Agnès TAVARD jusqu'à son arrivée 18h55) - AMIOT Florence - ARRIVÉ Benoit - BERHAULT Bernard - BERNARD Christian - BOUSSELMAME Noureddine - BROQUAIRE Guy - CATHERINE Arnaud - COUPÉ Stéphanie - DUVAL Karine - FRANÇOISE Bruno - GENTILE Catherine - GRUNEWALD Martine - HÉBERT Dominique - HÉBERT Karine - HÉRY Sophie (mandataire TARIN Sandrine à son départ 18h30) - HULIN Bertrand - HUREL Karine - ISOIRD Valérie (mandataire CATHERINE Arnaud jusqu'à son arrivée 19h40) - JOZEAU-MARIGNÉ Muriel - LAGALLARDE Quentin - LAINÉ Sylvie - LE POITTEVIN Lydie - LEFAIX-VÉRON Odile (mandataire LEJEUNE Pierre-François jusqu'à son arrivée 19h00) - LEFRANC Bertrand - LEJAMTEL Ralph - LEJEUNE Pierre-François - LELONG Gilles - LEMOIGNE Sophie (mandataire HULIN Bertrand jusqu'à son arrivée à 18h57) - LEMOINE Morgan - LEPOITTEVIN Gilbert - LEQUILBEC Frédérik - MARGUERITTE Camille (mandataire LEMOINE Morgane jusqu'à son arrivée 19h24) - MARTIN Patrice - MORIN Daniel - MORIN Lucie (mandataire PERRIER Didier jusqu'à son arrivée 18h10) - PECORARO Yvonne - PERRIER Didier - PIC Anna (mandataire ARRIVÉ Benoit à son départ à 20h00) - PLAINEAU Nadège - ROUELLÉ Maurice - SOURISSE Claudine (mandataire LEPOITTEVIN Gilbert de 17h55 à 20h12) - TARIN Sandrine (arrivée à 18h06) - TAVARD Agnès - VARENNE Valérie (mandataire HUREL Karine jusqu'à son arrivée 19h00) - VASSAL Emmanuel - VIVIER Nicolas

ABSENTS EXCUSÉS

BRANTONNE Pascal a donné procuration à PECORARO Yvonne
FAGNEN Sébastien a donné procuration à DUVAL Karine
HAMEL Estelle a donné procuration à PLAINEAU Nadège
HAMON-BARBÉ Françoise
MAGHE Jean-Michel a donné procuration à BROQUAIRE Guy
RONSIN Chantal a donné procuration à GRUNEWALD Martine
SIMONIN Philippe a donné procuration à LEJAMTEL Ralph

ABSENT

MARGUERITTE David

Mme LAINÉ Sylvie conformément à l'article L.2121-15 du Code Général des Collectivités Territoriales remplit les fonctions de Secrétaire

La présente délibération peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif de Caen, sis 3 rue Arthur Le Duc, BP 25086, 14050 – CAEN CEDEX 4 ou par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou sa notification

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Convention d'adhésion à la convention de participation de protection sociale complémentaire Prévoyance au profit du personnel des collectivités et établissements publics dans le ressort géographique du Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche

Entre les soussignés :

Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche,
139, rue Guillaume Fouace – 50000 Saint-Lô,

Représenté par Monsieur Jean-Dominique BOURDIN, Président, dûment habilité(e) à l'effet des présentes,

Ci-après dénommé « **le CDG 50** »,

D'une part,

Et :

La ville de Cherbourg en Cotentin

Représentée par Benoît ARRIVE, habilité à signer la présente convention d'adhésion en vertu de l'autorisation donnée par le Conseil Municipal par délibération en date du 18/12/2024.

Ci-après dénommé(e) « **la Collectivité** »,

De deuxième part,

Et :

-Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est 32 rue Blanche - 75009 Paris,

Représentée par Monsieur Gilles BACHELIER, Président, dûment habilité à l'effet des présentes,

De troisième part,

Ci-après dénommée « **la Mutuelle** »,

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

Vu la délibération n° 2022-44 du CDG 50 du 12 juillet 2022 en vue de retenir comme organisme assureur la mutuelle Intériale ;

Paraphe des Parties

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Vu la délibération de la ville de Cherbourg-en-Cotentin du 18 décembre 2024, prise après avis du comité technique du 12 novembre 2024,

Il est rappelé que conformément à l'article L. 827-7 du Code général de la fonction publique, « *Les centres de gestion concluent, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la protection sociale complémentaire, les risques mentionnés à l'article L. 827-1, des conventions de participation avec les organismes mentionnés à l'article L. 827-5 dans les conditions prévues à l'article L. 827-4.* »

Selon l'article L. 827-8 du Code général de la fonction publique, *« Les collectivités et établissements publics peuvent adhérer aux conventions mentionnées à l'article L. 827-7pour un ou plusieurs des risques que ces conventions sont destinées à couvrir, après signature d'un accord avec le centre de gestion de leur ressort. ».*

Une convention tripartite relative à l'adhésion à la convention de participation sur le risque prévoyance du personnel territorial des collectivités et établissements publics doit être ratifiée par le Souscripteur, la collectivité ou l'établissement et la Mutuelle. Cette convention tripartite a pour effet de rendre opposable aux parties les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel la convention de participation a été conclue.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA PRESENTE CONVENTION

Par la présente convention, la collectivité adhère à la convention de participation conclue entre le CDG 50 et Intériale, conformément aux dispositions de l'article L. 827-7 du Code général de la fonction publique.

La présente convention a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion de la collectivité à la convention de participation de protection sociale conclue entre le CDG 50 et Intériale.

L'adhésion de la collectivité à la convention de participation de protection sociale conclue par le CDG 50 emporte affiliation au contrat collectif à adhésion facultative conclu entre le CDG 50 et Intériale.

ARTICLE 2 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à la date de sa signature par la collectivité et au plus tôt le 1er janvier 2023. Elle s'achève le 31 décembre 2028 à minuit, sauf en cas de résiliation anticipée du contrat collectif à adhésion facultative conclu entre le CDG 50 et Intériale.

En cas de prorogation de la convention de participation pour des motifs d'intérêt général pour une durée ne pouvant excéder 1 an, la présente convention sera prorogée d'autant.

ARTICLE 3 : OBLIGATIONS DE LA COLLECTIVITE

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

3.1 Vis-à-vis de ses agents ayant adhéré au contrat collectif à adhésion facultative

La collectivité s'engage à informer ses agents actifs de son adhésion à la convention de participation, des caractéristiques du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel elle est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci.

La collectivité s'engage également à remettre la notice d'information aux agents bénéficiant du contrat collectif à adhésion facultative.

3.2 Vis-à-vis de la Mutuelle

La collectivité s'engage à :

- fournir à la Mutuelle une liste des agents bénéficiaires potentiels à la date d'effet de la présente convention,
- fournir à la Mutuelle une liste à jour des agents bénéficiaires à chaque mouvement des effectifs,
- payer, en cas de précompte sur traitement, les cotisations à la Mutuelle conformément aux délais et modalités prévus par la présente convention.

ARTICLE 4 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

4.1 Vis-à-vis de la collectivité

La Mutuelle s'engage à :

- respecter les principes de solidarité prévus aux articles 27 et suivants du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
- produire à la collectivité au terme d'une période de 3 ans et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées dans le cadre de la solidarité intergénérationnelle entre les adhérents ainsi que la couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.

4.2 Vis-à-vis des agents ayant adhéré au contrat collectif à adhésion facultative

La Mutuelle s'engage à :

- proposer pendant la durée de la convention l'ensemble des prestations prévues et figurant dans le contrat collectif à adhésion facultative,
- respecter ses engagements pris sur les délais de traitement des actes de gestion,
- ne pas fixer ses cotisations en fonction d'un questionnaire médical.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

ARTICLE 5 : DISPOSITIONS FINANCIERES

1. Participation financière de la collectivité au titre de la convention de participation

Le montant brut mensuel de cette participation sera de 11€ par agent.

Les agents qui bénéficient d'une participation supérieure à ce montant, antérieurement au 1er janvier 2025, garderont le bénéfice du montant actuel dans la limite du montant de la cotisation.

2. Exécution financière du contrat collectif à adhésion facultative (précompte / absence de précompte et périodicité du règlement des cotisations)

Les cotisations sont prélevées mensuellement sur les traitements par les collectivités et établissements publics et versées à la Mutuelle dans un délai de 10 jours suivant le dernier jour du mois au titre duquel les prélèvements ont été effectués.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée au prorata temporis en mois complet avec effet au 1er jour du mois qui suit la demande d'adhésion.

ARTICLE 6 : MODIFICATION

Toute modification de la présente convention, y compris de la participation financière de la collectivité, devra faire l'objet d'un avenant signé entre les parties.

ARTICLE 7 : DENONCIATION – NON RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION DE PROTECTION SOCIALE DU CDG 50

Si la collectivité constate que la Mutuelle ne respecte plus les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative, elle peut résilier la présente convention après avoir recueilli les observations écrites et, le cas échéant, orales de la Mutuelle.

Dans ce cas et dans celui du non-renouvellement de la convention de participation, la collectivité informe, dans un délai d'un mois à compter de la décision de résiliation ou de non-renouvellement, les adhérents des conséquences de cette décision.

La résiliation ou le non-renouvellement de la convention prend effet pour l'adhérent à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de celle-ci.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

ANNEXES A LA PRESENTE CONVENTION D'ADHESION :

Font également partie intégrante de la présente convention d'adhésion :

- Annexe 1 : La convention de participation relative à la conclusion par le CDG 50 d'un contrat collectif à adhésion facultative au profit de ses agents et des agents des collectivités ou établissements publics pour le risque prévoyance.

- Annexe 2 : Le contrat collectif à adhésion facultative.

Fait à
Le

En trois (3) exemplaires originaux

Pour le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche,	**Pour Le Maire Cherbourg-en-Cotentin,**	**Pour Intériale,**
Jean-Dominique BOURDIN, Président.	Agnès TAVARD Maire-adjointe	Gilles BACHELIER, Président.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

INTÉRIALE

CONVENTION DE PARTICIPATION

RELATIVE A LA CONCLUSION PAR LE CDG 50 D'UN CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE AU PROFIT DE SES AGENTS POUR LE RISQUE PREVOYANCE

La présente convention de participation est conclue entre :

- **Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche (« CDG 50 »),** 139, rue Guillaume Fouace – 50000 Saint-Lô,

Agissant tant pour son compte que pour le compte des collectivités territoriales et des établissements publics du département de la Manche qui adhéreront à la présente convention de participation, ci-après dénommées « **les collectivités ou établissements publics** »,

Représenté par Monsieur Jean-Dominique BOURDIN, Président, dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après dénommé **« le Souscripteur »**,

D'une part,

Auprès de :

- **Intériale,** Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est situé 32 rue Blanche - 75009 PARIS,

Représentée par Monsieur Gilles BACHELIER, Président, dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après dénommée **« la Mutuelle »,**

D'autre part,

Ci-après dénommés collectivement « **les Parties** ».

3505

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

INTERIALE

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,

Vu la délibération n° 2022-44 du Souscripteur en date du 12 juillet 2022 en vue de retenir comme organisme assureur la mutuelle Intériale,

Vu la délibération du Souscripteur prise après avis du comité technique,

Il est rappelé que conformément à l'article L. 827-7 du Code général de la fonction publique, *« Les centres de gestion concluent, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la protection sociale complémentaire, les risques mentionnés à l'article L. 827-1, des conventions de participation avec les organismes mentionnés à l'article L. 827-5 dans les conditions prévues à l'article L. 827-4. (...) »*

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET

La présente convention de participation a pour objet de déterminer les conditions et modalités selon lesquelles le Souscripteur permet aux collectivités et aux établissements publics de son ressort de participer à la protection sociale complémentaire de leurs agents, en concluant à leur profit un contrat collectif à adhésion facultative auprès de la Mutuelle.

Elle a donné lieu à un avis d'appel public à la concurrence conformément à l'article 15 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Conformément aux dispositions de l'article 18 du décret n° 2011-1474, le Souscripteur a fondé son choix de contracter avec la Mutuelle, par délibération n° 2022-44 en date du 12 juillet 2022, après avis du comité technique et selon les principes de solidarité et les critères dudit décret.

ARTICLE 2 : DATE D'EFFET - MODIFICATION

La convention de participation, conclue pour une durée de 6 ans, entre en vigueur le 1er janvier 2023 et prendra fin le 31 décembre 2028 à minuit.

Elle pourra éventuellement être prorogée pour des motifs d'intérêt général pour une durée ne pouvant excéder 1 an et pourra ainsi se terminer au plus tard le 31 décembre 2029 à minuit.

La collectivité ou l'établissement public qui adhère ultérieurement au 1er Janvier 2023 aura une convention qui se terminera dans tous les cas au 31 décembre 2028 à minuit (ou au 31 décembre 2029 à minuit dans le cas où la présente convention est prorogée pour un an pour des motifs d'intérêt général).

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

INTERIALE

Toute modification susceptible d'être apportée aux dispositions de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant signé entre les Parties.

ARTICLE 3 : MODALITES D'ADHESION DES « COLLECTIVITES OU ETABLISSEMENT PUBLICS »

Selon les dispositions de l'article L. 827-8 du Code général de la fonction publique, *« Les collectivités et établissements publics peuvent adhérer aux conventions mentionnées à l'article L. 827-7 pour un ou plusieurs des risques que ces conventions sont destinées à couvrir, après signature d'un accord avec le centre de gestion de leur ressort.».*

Une convention tripartite relative à l'adhésion à la convention de participation relative au risque prévoyance du personnel territorial des collectivités et établissements publics doit être ratifiée par le Souscripteur, la collectivité ou l'établissement public et la Mutuelle. Cette convention tripartite a pour effet de rendre opposable aux parties les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel la convention de participation a été conclue.

ARTICLE 4 : MONTANT DE LA PARTICIPATION

La collectivité ou l'établissement public ayant adhéré à la présente convention de participation définit librement le montant de sa participation financière.

La participation des collectivités ou des établissements publics concerne l'ensemble des agents qu'ils emploient et qui ont adhéré au contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel la présente convention de participation a été conclue.

Le montant de la participation ne peut excéder le montant de la cotisation TTC qui serait dû en l'absence d'aide.

ARTICLE 5 : MODALITES DE REGLEMENT DE LA PARTICIPATION

La participation constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, et vient en déduction de la cotisation due par l'agent.

La participation constitue un avantage personnel de l'agent et apparaît sur son bulletin de salaire.

ARTICLE 6 : MODALITES DE REGLEMENT DE LA COTISATION

Le Souscripteur n'est pas responsable du paiement des cotisations pour le compte des collectivités et des établissements publics ayant adhéré à la présente convention de participation.

Seules les collectivités ou les établissements publics ayant adhéré à la convention de participation sont tenues au paiement de la cotisation à l'égard de la Mutuelle.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

INTERIALE

Les cotisations sont précomptées mensuellement par les collectivités et établissements publics sur le traitement ou salaire de leurs agents et versées mensuellement à la Mutuelle dans un délai de 10 jours suivant le dernier jour du mois au titre duquel les prélèvements ont été effectués.

ARTICLE 7 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

7.1 Vis-à-vis du Souscripteur et de la collectivité ou de l'établissement public

La Mutuelle s'engage à :

- respecter les principes de solidarité prévus aux articles 27 et suivants du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
- produire au Souscripteur au terme d'une période de 3 ans et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées dans le cadre de la solidarité intergénérationnelle entre les adhérents ainsi que la couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques,
- établir au minimum deux fois par an, sur la base des résultats du contrat de l'exercice précédent, un rapport annuel sur les comptes de ce contrat qu'elle transmet au Souscripteur.

7.2 Vis-à-vis des agents

La Mutuelle s'engage à :

- proposer pendant toute la durée de la convention l'ensemble des prestations prévues et figurant dans le contrat collectif à adhésion facultative,
- ne pas fixer ses cotisations en fonction d'un questionnaire médical.

ARTICLE 8 : OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR ET DE LA COLLECTIVITE OU DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC

8.1 Vis-à-vis de ses agents ayant adhéré au contrat collectif à adhésion facultative

Le Souscripteur et la collectivité ou l'établissement public s'engagent à informer leurs agents actifs de la signature de la présente convention de participation, des caractéristiques du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel elle est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci.

Ils peuvent procéder à cette information par tous moyens.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

INTÉRIALE

8.2 Vis-à-vis de la Mutuelle

Le Souscripteur et la collectivité ou l'établissement public s'engagent à :

- fournir à la Mutuelle une liste des agents à assurer à la date d'effet de la présente convention,
- fournir à la Mutuelle une liste à jour des agents bénéficiaires à chaque mouvement des effectifs,
- payer, en cas de précompte sur traitement, les cotisations à la Mutuelle conformément aux délais prévus par la présente convention de participation.

ARTICLE 9 : DUREE – DENONCIATION – NON RENOUVELLEMENT

La présente convention de participation est conclue pour une durée de 6 ans allant de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre 2028 à minuit. Elle pourra être prorogée pour des motifs d'intérêt général pour une durée ne pouvant excéder un an.

Le contrat collectif à adhésion facultative issu de la présente convention de participation suit le sort de ladite convention et s'achève ou se poursuit en même temps que celui-ci.

Si le Souscripteur constate que la Mutuelle ne respecte plus les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative, il peut le résilier après avoir recueilli les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de la Mutuelle. Cette résiliation entraînera la dénonciation de la présente convention pour une date identique à celle de la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative.

Dans ce cas et dans celui du non-renouvellement de la présente convention, le Souscripteur informe, dans un délai d'un mois à compter de la décision de résiliation ou de non-renouvellement, les adhérents des conséquences de cette décision.

La dénonciation ou le non-renouvellement de la convention prend effet pour l'adhérent à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de celle-ci.

ARTICLE 10 : PUBLICITE

La présente convention de participation ainsi que les modalités de sa consultation seront rendues publiques.

ARTICLE 11 : LITIGES

Tout litige sera traité en premier lieu à l'amiable. En cas de désaccord persistant, le Tribunal compétent sera saisi à l'initiative de la partie la plus diligente.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

INTÉRIALE

ARTICLE 12 : ANNEXE

Le contrat collectif à adhesion facultative est annexé à la présente convention de participation.

Fait à Saint-Lô
Le 25/11/2022

En deux (2) exemplaires originaux.

Pour le CDG 50,

Monsieur Jean-Dominique BOURDIN,
Président.

Centre de Gestion de la Fonction Publique territoriale MANCHE

Pour Intériale,

Gilles BACHELIER,
Président.

Gilles Bachelier

Certified by yousign

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

GARANTIES PREVOYANCE

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE DE LA MANCHE (CDG 50)

CONTRAT N° : CCFP-745-CP

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

La présente notice d'information prend effet le 1er janvier 2023

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

SOMMAIRE

PREAMBULE 4
LEXIQUE 4
INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF 4
Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif 4
ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF 4
Article 2 - Population assurable 4
Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion au contrat collectif 4
Article 4 - Faculté de renonciation 6
SUSPENSION ET TERME DES GARANTIES – ADHESION INDIVIDUELLE A LA MUTUELLE 6
Article 5 - Suspension des garanties 6
Article 6 - Terme des garanties 6
Article 7 - Adhésion individuelle à la Mutuelle 6
DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF 7
Article 8 - Dénonciation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif 7
DISPOSITIONS DIVERSES 7
Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle 7
Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle 7
Article 11 - Subrogation 7
Article 12 - Prescription - Interruption de la prescription 7
Article 13 - Réclamations – Médiation 8
Article 14 - Informatique et Libertés 8
Article 15 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 9
DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE 9
Article 16 - Garanties couvertes au titre du contrat collectif 9
Article 17 - Adhésion à une garantie optionnelle 9
Article 18 - Prestations 9
Article 19 - Contrôle médical 11
Article 20 - Changement de situation en cours de garantie 11
Article 21 - Risques exclus 11
GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES 12
GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL 12
Article 22 - Objet et définition de la garantie 12
Article 23 - Montant de la prestation 12
Article 24 - Point de départ du service de la prestation 12
Article 25 - Période de franchise et durée de la prestation 13
Article 26 - Terme du versement de la prestation garantie 13
Article 27 - Pièces à fournir en cas de sinistre 13
GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE 13
Article 28 - Objet et définition de la garantie 13
Article 29 - Montant de la prestation 14
Article 30 - Point de départ du service de la prestation 14
Article 31 - Terme du service de la prestation 14
Article 32 - Pièces à fournir en cas de sinistre 14
GARANTIE PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE PERMANENTE 15
Article 33 - Objet et définition de la garantie 15
Article 34 - Montant de la prestation 15

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Article 35 - Point de départ du service de la prestation 15
Article 36 - Terme du service de la prestation versée 15
Article 37 - Pièces à fournir en cas de sinistre 15
GARANTIE DECES TOUTES CAUSES – PTIA TOUTES CAUSES 16
Article 38 - Objet et définition de la garantie 16
Article 39 - Montant de la prestation 16
Article 40 - Bénéficiaires 16
Article 41 - Règlement de la prestation 16
Article 42 - Terme du service de la prestation 16
Article 43 - Pièces à fournir en cas de sinistre 16
MODALITES DE GESTION 17
Article 44 - Assiette de la cotisation mutualiste 17
Article 45 - Montant des cotisations 17
Article 46 - Périodicité et modalités de paiement des cotisations 17
Article 47 - Non-paiement des cotisations 17
GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES 18
Article 48 - Assistance liée aux Garanties prévoyance 18
Article 49 - Action sociale 18
Article 50 - Caution solidaire 18

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

PREAMBULE

Le contrat collectif conclu entre d'une part Intériale (« la Mutuelle ») et d'autre part le Centre de Gestion de la Fonction Publique de la Manche – CDG 50 (« le Souscripteur ») est un contrat collectif à adhésion facultative.

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

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

LEXIQUE

- Le terme « membre participant » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle au titre du contrat collectif à adhésion facultative auquel elle a adhéré, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

- L'expression « Garanties prévoyance » désigne les garanties pouvant couvrir l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité permanente, la perte de retraite consécutive à une invalidité permanente, le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie.

- Le terme « Franchise » désigne la période qui suit la date du sinistre et qui n'est pas indemnisée par la Mutuelle.

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

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

- « L'accident » s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les évènements suivants : rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux.

- Le terme « concubin » désigne la personne physique vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité conformément à l'article 515-8 du Code civil, dans la mesure où le membre participant et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partagent le même domicile. La qualité de concubin est justifiée par la production d'un certificat de vie commune ou de concubinage ou une déclaration sur l'honneur. Le caractère de stabilité de la vie commune sera constaté par la production d'un avis d'imposition ou d'un justificatif de domicile.

- Le terme « Délai de stage » est une période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise. Cette période commence à courir à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Les sinistres nés pendant le délai de stage, et leurs rechutes, ne sont pas indemnisés. Le délai de stage s'apprécie dans les conditions énoncées à la présente notice.

- Est considéré comme une « rechute » tout nouvel arrêt de travail dont la cause est imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à indemnisation au titre du présent contrat.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif

Le Souscripteur remet au membre participant ou futur membre participant, avant son adhésion au contrat, un bulletin d'adhésion et les Statuts de la Mutuelle et, en application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, une notice établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

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

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

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

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

ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 2 - Population assurable

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

Les agents pouvant adhérer au présent contrat collectif sont :

- les fonctionnaires, titulaires ou stagiaires, à temps complet ou non,
- les agents contractuels de droit public,
- les agents contractuels de droit privé,
- les agents détachés auprès du Souscripteur ;
- les agents mis à disposition.

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

a. <u>Conditions d'adhésion au contrat collectif</u>

I. <u>Dans les 12 premiers mois de la date d'effet du contrat, de la date d'embauche ou de la date de reprise d'activité</u>

Les agents en congé maternité sont assimilés à des agents en activité.

- Tous les agents actifs en état normal de service, présents dans l'effectif ou nouvellement embauchés, peuvent adhérer aux garanties du présent contrat sans limite d'âge, sans délai de stage, à la condition que leur adhésion ait pris

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

effet dans les 12 mois qui suivent la date d'effet du présent contrat ou la date de leur embauche.

- L'agent en arrêt de travail ou bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique à la date de prise d'effet du présent contrat ne pourra demander son adhésion qu'à compter du 31ème jour de reprise d'activité à temps complet. Les garanties prévues au présent contrat prendront effet au plus tôt à l'issue d'une période de 31 jours ininterrompus de travail.

- L'agent qui n'était pas en état normal de service à la date de prise d'effet du présent contrat pour des raisons autres que médicales (disponibilité d'office pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale, congé sans solde, congé de solidarité familiale, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, ou de mise en disponibilité du membre participant pour des raisons autres que médicales) pourra y adhérer, sans délai de stage, à la condition que son adhésion ait pris effet dans les 12 mois qui suivent sa reprise d'activité. Ce délai commence à courir à compter du 1er jour du mois qui suit la reprise d'activité.

- L'agent actif en état normal de service justifiant de l'appartenance à un autre organisme assureur couvrant les mêmes risques, dans les mêmes conditions, pourra demander à bénéficier des garanties du contrat, au plus tôt à la date de prise d'effet du contrat ou à la date de son embauche si elle est postérieure, à la condition que la radiation de son ancien contrat et son adhésion au présent contrat soient simultanées.

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

II. Au-delà des 12 premiers mois

- Au-delà de la période d'ouverture de 12 mois, le contrat reste ouvert sans délai de stage uniquement pour les nouveaux embauchés à la condition que leur adhésion (ou la souscription d'une garantie optionnelle) ait pris effet dans les 12 mois suivant la date de leur embauche.

- Les agents actifs en état normal de service à la date d'effet du contrat ou les agents nouvellement embauchés qui ont souhaité adhérer au contrat (ou souscrire à une garantie optionnelle) plus de 12 mois après, respectivement la date d'effet du contrat ou la date de leur embauche, verront leur adhésion soumise à un délai de stage de 6 mois. A ce titre, tout sinistre survenu pendant les 6 mois de stage ne donnera lieu à aucune indemnisation.

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

- L'agent actif en état normal de service justifiant de l'appartenance à un autre organisme assureur couvrant les mêmes risques, dans les mêmes conditions, pourra demander à bénéficier des garanties du contrat, au plus tôt à la date de prise d'effet du contrat ou à la date de son embauche si elle est postérieure, à la condition que la radiation de son ancien contrat et son adhésion au présent contrat soient simultanées.

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

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

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

Par dérogation, le délai de stage ne s'applique pas à la garantie « Décès toutes causes / PTIA toutes causes » en cas de survenance d'un décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie dont l'origine est accidentelle.

b. Formalités d'adhésion au contrat collectif

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

- le bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, dûment complété, daté et signé ;
- une copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une photographie du membre participant : carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour d'étranger ou le cas échéant, livret de famille ou acte de naissance pour les mineurs ;
- une demande de précompte sur traitement, pour le paiement des cotisations ou, lorsque ce mode de prélèvement n'est pas possible, un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB ;
- le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme d'assurance prévoyance. Ce certificat de radiation indiquera la nature du contrat, les garanties, l'assiette de cotisations et les taux de couverture afin que la Mutuelle puisse s'assurer que le précédent contrat couvrait les mêmes risques et dans les mêmes conditions.

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

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

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle, des notices d'information ainsi que des droits et obligations définis au présent contrat.

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

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

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

d. Prise d'effet des « Garanties prévoyance »

Sous réserve de la fourniture de l'ensemble des documents mentionnés à l'article 3.b ci-avant, les « Garanties prévoyance » prennent effet à la date de prise d'effet de

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

l'adhésion du membre participant au contrat collectif, sauf application des délais de franchise et jours de carence prévues pour certaines garanties.

Les sinistres indemnisés dans le cadre du présent contrat sont les sinistres nés au cours de l'adhésion du membre participant au contrat collectif, sous réserve des sinistres nés pendant le délai de stage.

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

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

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

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

Article 4 - Faculté de renonciation

A compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion au contrat par lettre, tout support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Exemple de lettre de renonciation :

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

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

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

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

SUSPENSION ET TERME DES GARANTIES – ADHESION INDIVIDUELLE A LA MUTUELLE

Article 5 - Suspension des garanties

En cas de congé parental, de disponibilité d'office pour convenances personnelles, de congé parental, de congé pour présence parentale, de congé sans solde, de congé de solidarité familiale, de congé sabbatique, de congé pour création d'entreprise, ou de mise en disponibilité du membre participant pour des raisons autres que médicales, les garanties prévues au présent contrat sont suspendues de plein droit au jour de l'évènement.

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

Pendant la période de suspension des garanties, le membre participant n'acquitte plus la cotisation au titre des garanties et la Mutuelle ne peut lui verser aucune prestation au titre des garanties.

Article 6 - Terme des garanties

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

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier du présent contrat ;
- à la date de prise d'effet de la dénonciation de l'adhésion du membre participant, dans les conditions prévues à l'article 8 de la présente notice ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 47 de la présente notice ;
- en cas de cessation d'activité pour le membre participant admis à faire valoir ses droits à la retraite ;
- à l'âge légal de départ à la retraite pour les garanties « Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente » et « Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente » ;
- à l'âge d'ouverture des droits individuels à la retraite à taux plein pour la garantie « Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail », et pour les garanties « Décès toutes causes » et « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;
- à la date du décès du membre participant ;
- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat par le Souscripteur ou la Mutuelle ;
- à la date à laquelle l'assuré quitte la collectivité (mutation), s'il ne demande pas le maintien des garanties à titre individuel ;
- à la date d'effet de la radiation de l'assuré des effectifs de la collectivité adhérente ;
- en cas de cessation d'activité pour les assurés placés en congé parental et en disponibilité pour convenances personnelles, pour le complément de salaire. La cessation des garanties est fixée le jour de l'événement, la cotisation étant due jusqu'à la fin du mois en cours.

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

Toutefois, en application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », **la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Ces prestations sont revalorisées dans les conditions prévues par l'article 18.b) de la présente notice.**

Article 7 - Adhésion individuelle à la Mutuelle

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

La Mutuelle s'engage à lui faire parvenir une proposition de contrat individuel, dans un délai d'un mois suivant la

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

résiliation des garanties. Le membre participant, bénéficiaire des garanties, aura la possibilité d'adhérer individuellement à l'une des garanties élaborées à son intention, sans que la Mutuelle ne puisse opposer un motif de refus. Les conditions en vigueur des adhésions à titre individuel peuvent être communiquées par la Mutuelle sur simple demande du membre participant.

Sous réserve que la demande rétroactive d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai d'un mois à compter de la radiation du présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire de droit d'entrée. Il ne pourra en aucun cas être demandé de questionnaire médical.

Portabilité de l'adhésion :

L'adhésion du membre participant peut être maintenue dans deux cas :
- Par application des dispositions de l'article L 5111-7 du Code général des collectivités locales,
- En cas de départ du membre participant de l'effectif du Souscripteur avec embauche simultanée auprès d'un autre collectivité, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée sans réduction des garanties ni révision des taux de cotisation. La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel employeur.

DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

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

a. Au 31 octobre de chaque année

Conformément à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion, tous les ans en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du même Code, à la Mutuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 octobre de chaque année.

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

b. En cas de modification des droits et obligations

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant la notice établie à cet effet par la Mutuelle.

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

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle

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

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

Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle

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

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

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

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

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

Article 11 - Subrogation

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

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

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

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

Article 12 - Prescription - Interruption de la prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le**

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,

- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (à savoir, la reconnaissance par une partie des droits de l'autre partie, la demande en justice, même en référé, une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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

Article 13 - Réclamations – Médiation

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

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

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

a. Réclamations

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

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

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

b. Médiation

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

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

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

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

Article 14 - Informatique et Libertés

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

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

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

La Mutuelle est légalement tenue de vérifier que les données du membre participant et des bénéficiaires sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Elle pourra ainsi les solliciter pour le vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant un email si le membre participant ou un bénéficiaire écrit un courrier électronique).

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Le membre participant et les bénéficiaires peuvent, chacun pour ce qui le concerne, demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données, définir des directives relatives à leur sort après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. Si une autorisation spéciale et expresse a été donnée pour l'utilisation de certaines de ses données, le membre participant et les bénéficiaires peuvent la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application du contrat.

Le membre participant et les bénéficiaires peuvent écrire pour exercer leurs droits par email (dpo@interiale.fr) ou par courrier (INTERIALE – DPO – 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS). En cas de réclamation, ils peuvent choisir de saisir la CNIL.

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

Article 15 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle, conformément à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE

Article 16 - Garanties couvertes au titre du contrat collectif

Dans le cadre du contrat collectif, la Mutuelle propose aux membres participants différentes garanties de prévoyance :

- Une garantie de base :
  - Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
- Des garanties optionnelles :
  - Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente ;
  - Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente ;
  - Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes.

Lors de leur adhésion au contrat collectif, les membres participants sont obligatoirement couverts au titre de la garantie de base Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

Les membres participants peuvent souscrire, à tout moment, une ou plusieurs garanties optionnelles, dans les conditions prévues à l'article 17 ci-après.

La garantie Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente ne peut être souscrite sans la garantie Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente.

Les garanties optionnelles peuvent être cumulées.

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

Article 17 - Adhésion à une garantie optionnelle

Le membre participant en activité normale de service peut, à tout moment, choisir d'adhérer à une (ou plusieurs) garantie(s) optionnelle(s), et sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle par lettre ou tout support durable ou à l'aide du bulletin de modification prévu à cet effet.

La (ou les) garantie(s) optionnelle(s) à laquelle (ou auxquelles) le membre participant a adhéré prend (prennent) alors effet à la date d'effet souhaitée et au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le membre participant en arrêt de travail en raison d'un accident ou d'une maladie ou bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique ou qui n'est pas en activité normale de service (disponibilité d'office pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale) à la date de la demande ou à la date d'effet de la (des) garantie(s) ne pourra y adhérer.

L'adhésion à une (ou plusieurs) garantie(s) optionnelle(s) après la période d'adhésion de 12 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif ou de la date d'embauche est soumise à un délai de stage de 6 mois.

Le membre participant peut également demander la résiliation d'une (ou de plusieurs) garantie(s) optionnelle(s) dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux mois avant la date d'échéance du présent contrat collectif, soit le 31 octobre de chaque année.

La résiliation de la (ou des) garantie(s) optionnelle(s) dont bénéficiait le membre participant prend alors effet à la date d'échéance du contrat collectif, soit le 31 décembre à minuit.

Article 18 - Prestations

a. Base de garantie

La base de garantie est définie par référence aux éléments suivants du traitement des agents.

Traitement indiciaire brut annuel (TIB) :
Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP,

- IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré
- VP : représentant la valeur du point d'indice.

On entend par traitement indiciaire net, le traitement indiciaire brut soumis à retenues pour pension, diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, Sécurité Sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).
Au traitement indiciaire net défini à l'alinéa ci-dessus peut s'ajouter, s'il y a lieu, la NBI telle que définie à l'alinéa ci-dessous, ainsi que le régime indemnitaire.

Par Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI.
On entend par NBI nette, la NBI brute diminuée des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, sécurité sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

Par Régime Indemnitaire (RI), il faut entendre les primes, indemnités, gratifications brutes résultant de dispositions législatives ou réglementaires, **à l'exclusion des sommes suivantes :**

- **les remboursements de frais et les indemnités accessoires rattachées à l'exercice des fonctions,**
- **la prime de responsabilité des emplois administratifs de direction,**
- **la prime de technicité forfaitaire des personnels de bibliothèque,**
- **la prime de service de la filière sanitaire et sociale,**

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

- **la prime forfaitaire mensuelle des personnels de bibliothèque,**
- **l'indemnité spéciale mensuelle de fonction des agents et chefs de police municipale,**
- **l'Indemnité Horaire pour Travaux supplémentaires (IHTS),**
- **le supplément familial de traitement,**
- **le complément de rémunération (remboursement mutuelle),**
- **les primes liées à la fonction (présence effective), hors indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE),**
- **les primes liées à l'entretien des enfants pour les assistants familiaux.**

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

➢ *Pour la garantie Maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail :*

La base de calcul des prestations est définie comme étant :

Pour les agents titulaires, stagiaires et contractuels de droit public, au choix du membre participant :

- la somme du Traitement Indiciaire net mensuel ou salaire de base net mensuel et de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date du sinistre, multipliée par 12 ;
- la somme du Traitement Indiciaire net mensuel ou salaire de base net mensuel, de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle et du Régime Indemnitaire (RI) net mensuel que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date du sinistre, multipliée par 12.

Pour les agents contractuels de droit privé (sont également concernés les agents contractuels de droit public bénéficiant d'une rémunération) : la rémunération nette mensuelle et, le cas échéant, les primes et indemnités nettes mensuelles que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date du sinistre.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la base de calcul des prestations est définie comme étant le montant net annuel que le membre participant a perçu au titre de l'année précédant la date de prise en charge.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par la Mutuelle au titre de la garantie Maintien du traitement et le cas échéant de la NBI et/ou des indemnités accessoires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, sauf si ces modifications sont dues avec effet rétroactif sur la paie de l'agent concerné, ne sera pris en considération. Le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à la date de prise en charge de l'ITT par la Mutuelle.

Pour les agents à temps partiel :
A l'issue de la période de temps partiel autorisé, si le membre participant demeure en congé maladie, il recouvre les mêmes droits que les agents exerçant leur activité à temps plein.

Dans le cas où le membre participant n'a pas une ancienneté de douze mois, son salaire annuel sera reconstitué en prenant pour base de calcul la moyenne de ses salaires mensuels depuis son entrée aux collectivités et établissements publics affiliés ou non au CDG 50.
Dans le cas où le membre participant a été arrêté pendant ces douze mois pour maladie ou accident, le salaire est reconstitué sur la base des périodes au cours desquelles il a bénéficié d'un salaire plein.

Dans le cas où le membre participant n'a pas une ancienneté de trois mois aux collectivités et établissements publics affiliés ou non affiliés au CDG 50, son salaire annuel est reconstitué sur la base de son salaire d'embauche.

➢ *Pour la garantie Maintien du traitement en cas d'invalidité permanente :*

La base de calcul des prestations est définie comme étant :

Pour les agents titulaires, stagiaires et contractuels de droit public, au choix du membre participant :

- la somme du Traitement Indiciaire net mensuel ou salaire de base net mensuel et de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date du sinistre, multipliée par 12 ;
- la somme du Traitement Indiciaire net mensuel ou salaire de base net mensuel, de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle et du Régime Indemnitaire (RI) net mensuel que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date du sinistre, multipliée par 12.

Pour les agents contractuels de droit privé (sont également concernés les agents contractuels de droit public bénéficiant d'une rémunération) : la rémunération nette mensuelle et, le cas échéant, les primes et indemnités nettes mensuelles que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date du sinistre.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la base de calcul des prestations est définie comme étant le montant net annuel que le membre participant a perçu au titre de l'année précédant la date de prise en charge.

➢ *Pour la garantie Perte de retraite consécutive à une Invalidité permanente :*

La base de calcul des prestations est la pension de retraite qu'aurait pu percevoir le membre participant s'il n'avait pas dû cesser ses fonctions de façon anticipée.

➢ *Pour les garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes :*

La base de calcul des prestations est définie comme étant :

Pour les agents titulaires, stagiaires et contractuels de droit public, au choix du membre participant :

- la somme du Traitement Indiciaire net mensuel ou salaire de base net mensuel et de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle à la date du sinistre, multipliée par 12 ;
- la somme du Traitement Indiciaire net mensuel ou salaire de base net mensuel, de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette mensuelle et du Régime Indemnitaire (RI) net mensuel à la date du sinistre, multipliée par 12.

Pour les agents contractuels de droit privé (sont également concernés les agents contractuels de droit public bénéficiant d'une rémunération) : la rémunération nette mensuelle et, le cas échéant, les primes et indemnités nettes mensuelles que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date du sinistre.

b. Revalorisation du montant des prestations

En cours d'adhésion, le service des prestations est revalorisé annuellement, à chaque 1er janvier, par référence

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

à l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

Au-delà de la date de résiliation du contrat collectif, les prestations sont revalorisées dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Article 19 - Contrôle médical

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

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

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

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

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

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de la Mutuelle, par le Président du Tribunal Judiciaire du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du membre participant.

Les conclusions du troisième médecin s'imposent à la Mutuelle et au membre participant, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

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

Les honoraires du troisième médecin sont :

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

En cas de refus du membre participant de se soumettre à un contrôle médical (ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse) et de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle, la garantie est suspendue à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre participant.

Il est à noter que la Mutuelle s'engage à ne pas mettre en œuvre de contrôle médical suite à un avis du Comité Médical.

Article 20 - Changement de situation en cours de garantie

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

Le membre participant devra produire à cet effet toutes pièces justificatives.

Il s'engage à rembourser spontanément à la Mutuelle toutes les sommes perçues à tort se rapportant aux périodes pendant lesquelles la prestation lui aura été versée, et ce qu'elles aient fait ou non l'objet de rappels de la part de la Mutuelle.

Article 21 - Risques exclus

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

- **du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant ;**
- **de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active, sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel ;**
- **de mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la sécurité sociale ;**
- **des effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes ;**
- **d'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits ;**
- **d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie (avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal précisé par l'article R. 234-1 du Code de la Route) ou d'ivresse manifeste, lorsque sa responsabilité est engagée ;**

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

- **de la tentative de suicide ou du suicide du membre participant (survenu au cours de la 1ère année d'adhésion), sauf si le membre participant était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an, sous réserve que le capital garanti par le nouveau contrat soit inférieur ou égal au capital constitutif garanti par l'ancien contrat, et que la radiation de l'ancien contrat et l'adhésion au présent contrat soient simultanées.**
- **de vols sur ailes volantes, vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide , ULM, parapente, parachute ascensionnel, sports extrêmes, rallyes, courses automobiles, saut à l'élastique ;**
- **d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel.**

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Par ailleurs, sont exclues du bénéfice de ces garanties, toutes personnes ayant causé volontairement ou intentionnellement préjudice au membre participant.

GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES

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

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

« PRESTATIONS PREVOYANCE CONTRAT COLLECTIF INTERIALE » –
CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LA MANCHE
TSA 91005
69303 LYON CEDEX 07

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

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

Article 22 - Objet et définition de la garantie

La Garantie maintien du traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail a pour objet le paiement aux agents d'une indemnité journalière complémentaire pendant les périodes de congés, correspondant aux risques énoncés ci-après :

- Incapacité de travail notamment :
  - Congé de maladie ordinaire (CMO)
  - Congé de longue maladie (CLM)
  - Congé de longue durée (CLD)
  - Congé de grave maladie
  - Congé sans traitement pour raisons de santé
- Accident du travail – Maladie professionnelle
- Et toute absence pour incapacité de travail reconnue comme telle par le statut ou le régime général de la Sécurité sociale.

La Mutuelle garantit le versement au membre participant d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une incapacité temporaire totale de travail, dont le fait générateur est survenu en cours d'adhésion.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout membre participant en activité, qui est dans l'obligation de cesser toute activité professionnelle, à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée ou d'un accident ou d'une maladie professionnelle, pour la part de rémunération relative au régime indemnitaire, dans le cas où il ne serait pas indemnisé par le Souscripteur,

ET

- Perçoit, à ce titre, des prestations du Souscripteur en application du statut de la fonction publique ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale,

OU

- Ne perçoit aucune rémunération ou indemnité.

La garantie est due si l'assuré :

- Est reconnu comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail,

ET

- Ne perçoit plus son plein traitement avant la date de radiation de la collectivité ou de résiliation du présent contrat.

Pour les agents à temps partiel pour raison médicale ou pour des raisons thérapeutiques :
Si un membre participant est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales, la Mutuelle prend en charge la baisse du traitement consécutive à ce temps partiel.

La Mutuelle se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque conformément aux dispositions de l'article 19 de la présente notice.

Article 23 - Montant de la prestation

a) <u>La Mutuelle garantit le versement d'indemnités journalières d'un montant unitaire égal à la différence entre :</u>

- le produit de la 360ème part de la base de garantie définie à l'article 18.a) de la présente notice, par le taux de couverture, soit 95%

<u>ET</u>

- le montant des indemnités journalières que le membre participant perçoit au titre de son arrêt de travail, soit :
  - le salaire ou Traitement Indiciaire Net (TIN) et le cas échéant la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) nette que le membre participant continue à percevoir de son employeur ;
  - le cas échéant, les primes et indemnités nettes que le membre participant continue à percevoir de son employeur ;
  - les prestations en espèce nettes servies par l'assurance maladie obligatoire.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle garantit le versement d'une prestation d'un montant unitaire égal à la différence entre le produit du taux de couverture, soit 95%, par la base de garantie définie à l'article 18.a et le montant des primes nettes que le membre participant continue à percevoir de son employeur.

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

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

b) <u>Règle de cumul</u>

Le montant des indemnités journalières versées par la Mutuelle, augmenté du traitement net que le membre participant continue à percevoir de son employeur et des prestations nettes versées par tout organisme liquidateur, quelle que soit la nature juridique desdites prestations, ne peut excéder un montant égal à 100 % de la 360ème part de la base de garantie nette.

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

Article 24 - Point de départ du service de la prestation

Sous réserve des délais de franchise et jours de carences et sauf application du délai de stage, la Mutuelle verse ses prestations :

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

- dès que les indemnités versées par l'employeur en application du Statut de la Fonction Publique Territoriale ne garantissent plus le maintien du traitement indiciaire net, de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant, du régime indemnitaire,
- dès que des indemnités sont versées au titre du régime obligatoire de Sécurité sociale et dès lors qu'il y a perte de rémunération subie par le membre participant du fait de son incapacité de travail.

Toutefois, la prise en charge par la Mutuelle de la perte de la NBI et/ou des indemnités accessoires cesse dès que cet avantage sort du cadre d'une quelconque obligation par le Souscripteur de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle verse ses prestations annuellement dès qu'il y a perte subie par le membre participant du fait de son incapacité de travail.

Article 25 - Période de franchise et durée de la prestation

La prestation est versée mensuellement à terme échu.

➢ <u>Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat</u> :

- En cas de maladie ordinaire, dès que l'agent se trouve en demi-traitement jusqu'au 365ème jour,
- En cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année,
- En cas de congé de longue durée non professionnelle, à partir du début de la 4ème année jusqu'à la fin de la 5ème année,
- En cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6ème année jusqu'à la fin de la 8ème année,
- En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire.

➢ <u>Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'Ircantec</u> :

- En cas de maladie ordinaire, dès que l'agent se trouve en demi-traitement jusqu'au 365ème jour,
- En cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année.

➢ <u>Agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'Ircantec</u> :

- En cas de maladie ordinaire :
  - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'assuré subit une perte de salaire,
  - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 et 3 ans : à compter du 61ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : dès que l'agent se trouve en demi-traitement,
- En cas de congé grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du début de la 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année.

Article 26 - Terme du versement de la prestation garantie

Outre les conditions de cessation des garanties prévues au présent contrat, le versement de la prestation garantie par la Mutuelle prend fin :

- dès que le membre participant est reconnu par le Comité médical, la Médecine préventive, la Commission de réforme ou la Sécurité sociale apte à reprendre une activité, même à temps partiel (hors temps partiel thérapeutique),
- à la date de la reprise d'activité à temps complet ou partiel (hors le temps partiel thérapeutique), du membre participant,
- au-delà de 1095 jours continus d'indemnisation au titre du salaire ou du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette d'une part, et au-delà de 1095 jours continus d'indemnisation au titre du régime indemnitaire d'autre part,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical demandé par la Mutuelle,
- à l'âge d'ouverture des droits individuels à la retraite à taux plein,
- dès la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la fonction publique territoriale ou par l'assurance maladie,
- dès la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- dès la liquidation de la pension de retraite,
- lors du décès (ou PTIA) de l'assuré.

Article 27 - Pièces à fournir en cas de sinistre

<u>Lors de la demande initiale d'indemnisation (ou lors d'une prolongation d'indemnisation), le membre participant doit adresser à la Mutuelle :</u>

- la demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- l'arrêté administratif, ou à défaut d'émission, une attestation de l'employeur, indiquant la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre,
- le cas échéant, l'avis du comité médical ou de la commission de réforme,
- un certificat médical attestant de l'incapacité temporaire de travail,
- les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur,
- les décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser,
- les bulletins de salaire servant de base au calcul des prestations.

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

GARANTIE MAINTIEN DU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

Article 28 - Objet et définition de la garantie

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

La Garantie maintien du traitement en cas d'invalidité permanente a pour objet de garantir aux membres participants le versement de prestations en cas de perte de traitement ou de salaire consécutive à un placement en Invalidité Permanente survenu avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'Invalidité Permanente est reconnue lorsque le membre participant remplit les conditions suivantes :

- Après avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents,

ou

- Être atteint d'une invalidité non imputable au service classée en 2ème et/ou 3ème catégorie ou d'un taux d'incapacité d'au moins 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

La Mutuelle se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque conformément aux dispositions de l'article 19 de la présente notice.

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

Article 29 - Montant de la prestation

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

- Le produit du 12ème de la base de garantie définie à l'article 18.a de la présente notice par le taux de couverture, soit 95%

ET

- Les sommes que le membre participant perçoit au titre de son invalidité : prestations mensuelles servies par la CNRACL ou la Sécurité sociale à titre obligatoire (hors majoration de pension pour tierce personne).

Concernant spécifiquement les primes modulables en fonction de la manière de servir et/ou des résultats obtenus, la Mutuelle garantit le versement d'une prestation annuelle d'un montant égal à la base de garantie définie à l'article 18.a par le taux de couverture, soit 95%. Le montant des prestations est figé à la date de constatation de l'invalidité permanente du membre participant.

b. Règle de Cumul

Le montant mensuel des prestations versées par la Mutuelle, augmentées des prestations mensuelles servies par la CNRACL, la Sécurité sociale, ou tout autre organisme liquidateur et quelle que soit la nature juridique desdites prestations ne peut excéder un montant égal à 100 % du 12ème de la base de garantie nette (la majoration de pension pour tierce personne n'est pas prise en compte dans la règle de cumul).

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

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

Article 30 - Point de départ du service de la prestation

La prestation de la Mutuelle est servie :

- Pour les membres participants affiliés à la CNRACL : à compter de la date de leur mise en retraite pour invalidité ;

- Pour les membres participants affiliés au régime général de la Sécurité sociale, à compter :

  - de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité pour 2ème ou 3ème catégorie ;

  - ou de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une rente d'incapacité pour un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Lorsque la première mise en paiement par la CNRACL, la Sécurité sociale ou tout autre organisme liquidateur est effectuée en cours de mois, la prestation servie par la Mutuelle au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil. A compter du mois civil suivant, la Mutuelle garantit le versement d'une rente mensuelle d'un montant au plus égal au montant de prestation prévu à l'article 29.a de la présente notice.

Article 31 - Terme du service de la prestation

Outre les conditions de cessation des garanties prévues au présent contrat, le versement de la prestation servie par la Mutuelle cesse :

- à la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,
- en cas de décès du membre participant,
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite,
- à la liquidation de la pension vieillesse du membre participant,
- à l'âge légal de départ à la retraite.

Article 32 - Pièces à fournir en cas de sinistre

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

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

- Une copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une photographie dûment datée et signée (lors de la demande de prise en charge et à chaque début d'année),
- la demande d'indemnisation établie sur l'imprimé prévu à cet effet dûment complétée, datée et signée,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- un certificat médical d'inaptitude définitive à l'exercice de toute activité professionnelle quelconque précisant la (les) pathologie(s) à l'origine d'invalidité, la date de première constatation médicale et les hospitalisations et/ou arrêts de travail en lien avec cette (ces) affection(s). Ce document devra être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.
- les bulletins de paie du membre participant indiquant l'indice brut devant servir de base au calcul des prestations,
- une attestation établie par l'employeur certifiant que le membre participant a épuisé ses droits statutaires à congé maladie,
- éventuellement, le décompte des prestations en cas d'Invalidité Permanente servies par d'autres organismes que la CNRACL ou la Sécurité sociale.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Pour les membres participants relevant de la Fonction Publique Territoriale :

- le décompte de liquidation de retraite pour invalidité permanente CNRACL mentionnant le taux d'invalidité et la date de mise à la retraite pour invalidité,
- l'arrêté de radiation des cadres,
- les bulletins de paiement émanant de la CNRACL à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- le procès-verbal intégral de la commission de réforme statuant sur l'inaptitude définitive. Ce document devra être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.

Pour les membres participants relevant de la Sécurité sociale :

- la notification d'attribution d'une rente d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie, ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail ;
- le cas échéant, l'arrêté de licenciement pour inaptitude physique,
- les bulletins ou attestations de paiement de la Sécurité sociale à l'ouverture des droits et à chaque début d'année.

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

GARANTIE PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE PERMANENTE

Article 33 - Objet et définition de la garantie

La Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente (telle que définie à l'article 28 de la présente notice) ne peut être souscrite sans la garantie maintien du traitement en cas d'invalidité permanente.

La présente garantie a pour objet de garantir aux membres participants le versement d'une rente annuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse du membre participant et compensant la perte de retraite due à la cessation d'activité anticipée consécutive à une invalidité permanente survenue avant la liquidation de la pension de retraite et avant l'âge légal de départ à la retraite.

Article 34 - Montant de la prestation

Le montant annuel de la rente est égal à 95% de la différence entre la retraite théorique légale annuelle nette à laquelle le membre participant aurait pu prétendre s'il avait exercé son activité jusqu'à l'âge légal minimum de départ à la retraite et le montant annuel net des pensions de retraite réellement perçues.

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

Règle de cumul applicable au calcul de la rente annuelle :

La somme du montant des pensions et retraites des régimes légaux (hors majoration de pension pour tierce personne) et de la rente servie par la Mutuelle ne peut excéder le montant net de la retraite théorique annuelle des régimes légaux à laquelle le membre participant aurait été en droit de prétendre s'il n'avait pas cessé son activité.

Toutefois, lorsque le membre participant bénéficie en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions, retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux (la majoration de pension pour tierce personne n'est pas prise en compte dans la règle de cumul) ainsi que du complément servi par la Mutuelle peut se cumuler dans la limite maximale du produit de 100 % du traitement indiciaire brut annuel par le taux de couverture, soit 95%, diminué des cotisations sociales obligatoires.

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

Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs par le membre participant ne sont pas prises en compte dans les règles de cumul.

Article 35 - Point de départ du service de la prestation

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

Lorsque la première mise en paiement est effectuée en cours de mois, la prestation servie par la Mutuelle au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil. A compter du mois civil suivant, la Mutuelle garantit le versement d'une rente d'un montant au plus égal au montant de prestation prévu à la présente notice.

Article 36 - Terme du service de la prestation versée

Le versement de la prestation servie par la Mutuelle cesse le jour du décès du membre participant.

Article 37 - Pièces à fournir en cas de sinistre

Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

Pour tous les membres participants :

- Une attestation sur l'honneur mentionnant toutes les pensions de retraite obligatoires perçues (CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, etc.),
- Les bulletins ou attestions de paiement des pensions correspondantes,
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Pour la poursuite du versement de la rente au 1er janvier de chaque année, une copie d'un justificatif d'identité en cours de validité comportant une photographie dûment datée et signée ; à défaut, une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie.

Pour les membres participants relevant de la Fonction Publique Territoriale :

- Une attestation de la CNRACL et de la RAFP précisant le montant des pensions que le membre participant aurait perçues s'il avait continué à exercer son activité jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite sur la base du dernier traitement intégral perçu,
- Le dernier bulletin ou la dernière attestation de paiement des pensions CNRACL et RAFP.

Pour les membres participants relevant de la Sécurité sociale :

- Une attestation de la CNAV et de l'IRCANTEC, précisant le montant des pensions que le membre participant aurait perçues s'il avait continué à exercer son activité jusqu'à l'âge légal

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

de départ à la retraite sur la base du dernier traitement intégral perçu,
- Le dernier bulletin ou la dernière attestation de paiement des pensions CNAV et IRCANTEC.

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

GARANTIE DECES TOUTES CAUSES – PTIA TOUTES CAUSES

Article 38 - Objet et définition de la garantie

La Garantie décès toutes causes - PTIA toutes causes, assurée par la Mutuelle, a pour objet le versement d'un capital en cas de réalisation d'un des risques suivants :

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

Article 39 - Montant de la prestation

Le montant du capital garanti est égal au produit du taux de couverture, soit 200%, par la base de garantie définie à l'article 18.a de la présente notice, évaluée à la date du sinistre.

Article 40 - Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations :

- en cas de PTIA : le membre participant lui-même ;

- en cas de décès, et sauf désignation expresse par le membre participant d'autres bénéficiaires :
  - le conjoint survivant du membre participant, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou le cocontractant d'un PACS, ou le concubin du membre participant ;
  - à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant, vivants ou représentés ;
  - à défaut par parts égales, ses ascendants ;
  - à défaut ses héritiers, selon les règles de dévolution successorale.

- en cas de décès ou PTIA : à la souscription, le membre participant peut choisir d'affecter le capital décès-PTIA à la couverture d'un prêt bancaire, en désignant comme bénéficiaire de tout ou partie du capital assuré l'organisme financier prêteur.

Changement de bénéficiaires :

Sauf acceptation du bénéficiaire désigné dans les conditions prévues à l'article L. 223-11-II du Code de la mutualité, le membre participant a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment, lorsqu'il le souhaite, notamment lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

Article 41 - Règlement de la prestation

La Mutuelle dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (ou des) bénéficiaire(s), afin de lui (ou leur) demander de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement du capital.

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, la Mutuelle règle les sommes dues dans un délai maximum de 30 jours sous réserve que les garanties ne soient pas suspendues ou résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 66 des présentes conditions générales.
Conformément à l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès du membre participant, le capital décès garanti au(x) bénéficiaire(s) produit de plein droit intérêt, net de frais, à compter de la date de connaissance du décès par la Mutuelle, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français, calculé au 1er novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

La Mutuelle revalorise le capital garanti dans les conditions précitées jusqu'à :

- la réception des pièces nécessaires à son paiement conformément à l'article L.223-22-1 du Code de la mutualité,
- ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 dudit Code.

Article 42 - Terme du service de la prestation

Outre les conditions de cessation définies au présent contrat collectif, la garantie cesse de produire ses effets :

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

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

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

Article 43 - Pièces à fournir en cas de sinistre

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA. A l'appui de la demande, le (ou les) bénéficiaire(s) fourni(ssen)t les pièces suivantes :

En cas de décès :

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

Pour chaque bénéficiaire :

- une demande de versement établie par le bénéficiaire ou son représentant légal,
- une copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

photographie dûment datée et signée, à défaut un extrait date de naissance comportant les mentions marginales établi depuis moins de 3 mois,
- un relevé d'Identité Bancaire,
- le cas échéant, en fonction de la situation :
  - Conjoint désigné uniquement par sa qualité : Une attestation sur l'honneur de non-séparation de corps par jugement et de non-divorce ; à défaut un extrait d'acte de naissance comportant les mentions marginales établi depuis moins de 3 mois.
  - Concubin désigné uniquement par sa qualité :
    - Tout document justifiant de la notoriété du concubinage (certificat de concubinage délivré par la mairie ou copie d'une quittance de loyer, d'électricité ou d'eau établie aux deux noms et datant de moins de trois mois),
    - Tout document justifiant de la domiciliation fiscale à la même adresse que le membre participant.
  - Partenaire de PACS désigné uniquement par sa qualité : une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance datant de moins de 3 mois.
  - Enfants ou héritiers désignés uniquement par leur qualité : une copie de l'acte de notoriété
  - Ascendants : une copie intégrale du livret de famille mentionnant les parents du membre participant et sa naissance.
  - Si le bénéficiaire est une personne protégée : Une copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles.

En cas de PTIA :

- la notification de la Sécurité sociale ou l'avis de la Commission de réforme octroyant une majoration de pension pour assistance d'une tierce personne,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- en cas de PTIA accidentelle, toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et la PTIA et établissant la nature de l'accident.
- un certificat médical établi par le médecin traitant du membre participant
  - précisant l'affection à l'origine de la perte d'autonomie et la date de la perte définitive d'autonomie,
  - décrivant les actes de la vie quotidienne que le membre participant ne peut plus effectuer sans l'assistance d'une tierce personne,
  - attestant que le membre participant est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit.

Ce document devra être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.

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

MODALITES DE GESTION

Article 44 - Assiette de la cotisation mutualiste

Le traitement de référence servant de base au calcul des cotisations est défini comme étant :

Pour les agents titulaires, stagiaires et contractuels de droit public : au choix du membre participant :
- la somme du dernier Traitement Indiciaire Brut (TIB) mensuel et de la dernière Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute mensuelle ;
- la somme du dernier Traitement Indiciaire Brut (TIB) mensuel, de la dernière Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute mensuelle et du dernier Régime Indemnitaire (RI) brut mensuel.

Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) s'entend tel que défini à l'article 18.a de la présente notice.

Le Régime Indemnitaire (RI), tel que défini à l'article 18.a de la présente notice, s'entend sous déduction du dispositif transfert primes / points dont bénéficient les agents de droit public.

Pour les agents contractuels de droit privé (sont également concernés les agents contractuels de droit public bénéficiant d'une rémunération) : la dernière rémunération brute mensuelle et, le cas échéant, les dernières primes et indemnités brutes mensuelles.

Sont exclues les primes et indemnités visées à l'article 18.a de la présente notice.

Article 45 - Montant des cotisations

Les taux de cotisations figurent à l'Annexe 2 de la présente notice d'information.

Article 46 - Périodicité et modalités de paiement des cotisations

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

Les cotisations, exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation, font l'objet d'un précompte mensuel sur le traitement ou sur le salaire du membre participant par le Souscripteur.
Les cotisations globales sont versées par le Souscripteur à la Mutuelle dans le délai de 15 jours suivant le dernier jour de chaque trimestre.

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

Article 47 - Non-paiement des cotisations

a. Cotisation précomptée par le Souscripteur

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

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

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

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

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

b. Cotisation non précomptée par le Souscripteur

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

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

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

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

Article 48 - Assistance liée aux Garanties prévoyance

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

**IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – CS 40000 – 79033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.*

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

Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance liée aux Garanties prévoyance est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie Incapacité temporaire de travail.

La notice d'information du contrat est reproduite en Annexe 3 de la présente notice d'information.

Article 49 - Action sociale

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

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

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

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

Le montant de la cotisation afférente aux activités d'action sociale est inclus dans la cotisation afférente à la Garantie Incapacité temporaire de travail.

L'action sociale de la Mutuelle est définie par la notice d'information figurant en Annexe 4 de la présente notice.

Article 50 - Caution solidaire

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

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

Cette garantie évite les frais d'hypothèque.

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

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Annexe 1 – Prestations

GARANTIE DE BASE :

	NIVEAU DE PRESTATION (au choix de l'agent)
Incapacité temporaire totale de travail	95% (TI + NBI) nets ou 95% (TI + NBI + RI) nets

GARANTIES OPTIONNELLES :

	NIVEAU DE PRESTATION (au choix de l'agent)
Invalidité permanente	95% (TI + NBI) nets ou 95% (TI + NBI + RI) nets
Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	95% de la perte de retraite
Décès ou PTIA toutes causes	200% (TI + NBI) nets ou 200% (TI + NBI + RI) nets

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Annexe 2 – Cotisations

Garantie	Sur TBI + NBI	Sur TBI + NBI + RI
Base : Incapacité temporaire totale de travail	1.00%	1.04%
Option : Invalidité permanente	0.87%	0.87%
Option : Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	0.56%	0.56%
Décès ou PTIA toutes causes	0.37%	0.37%

Les mêmes taux de cotisations sont applicables à un agent qui quitterait la collectivité pour un autre employeur public qui n'a pas mis en place de convention de participation et qui souhaiterait conserver ce contrat.

Agents retardataires : Taux de cotisations applicables à un agent qui souhaiterait adhérer au présent contrat après le délai de 12 mois suivant la date d'effet du contrat ou après sa date d'entrée dans la collectivité :

Garantie	Sur TBI + NBI	Sur TBI + NBI + RI
Base : Incapacité temporaire totale de travail	1.07%	1.11%
Option : Invalidité permanente	0.87%	0.87%
Option : Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	0.56%	0.56%
Décès ou PTIA toutes causes	0.37%	0.37%

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage de l'assiette de cotisations, définie à l'article 44 de la présente notice.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Annexe 3 – Notice d'information Assistance Prévoyance

CONVENTION D'ASSISTANCE PREVOYANCE

PREAMBULE

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

Les garanties « assistance prévoyance » sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

DEFINITIONS

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

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

♦ **BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE**

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

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

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

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

♦ **ITT (Incapacité Temporaire Totale)**
L'incapacité temporaire totale de travail est une incapacité médicalement reconnue mettant l'adhérent dans l'impossibilité complète et continue (à la suite d'une maladie ou d'un accident) de se livrer à son activité professionnelle.

♦ **INVALIDITE**

Est considéré en Invalidité

- Un Adhérent relevant du régime de la Fonction Publique Territoriale mis à la retraite pour une invalidité l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle, et percevant à ce titre une pension de retraite de l'organisme liquidateur auquel il est affilié ;

- Un Adhérent relevant du régime général de la Sécurité Sociale, soit atteint d'une invalidité d'au moins 66% l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle et entraînant son classement en deuxième ou troisième catégories Sécurité Sociale, soit atteint d'une incapacité d'au moins 66% suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et l'empêchant aussi d'exercer une quelconque activité professionnelle, et percevant des prestations à ce titre du régime général de Sécurité Sociale.

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

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE DES GARANTIES

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

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

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

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

1.2 RESILIATION

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

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

prévoyance », elle sera menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- la demande en justice, même en référé,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

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

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

1.4 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Intériale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – SIREN 775 685 365, dont le siège social est au 32 Rue Blanche, 75009 PARIS collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

• des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
• des données relatives à la situation familiale ;
• des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
• des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
• des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
• des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par Intériale pour la stricte exécution des services et notamment pour :

• la passation des contrats ;
• la gestion des contrats ;
• l'exécution des contrats ;
• l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
• l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
• les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
• la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
• la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
• l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires, organismes professionnels habilités et prestataires d'Intériale qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces finalités. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'Intériale chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données d'INTERIALE 32 rue Blanche – 75009 PARIS. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité sur ses données, ainsi que de la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès. Si le bénéficiaire a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, il peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de son contrat. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'Intériale, aux coordonnées suivantes : DIRECTION JURIDIQUE – 32 Rue Blanche – 75009 PARIS.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

1. 5 RECLAMATION ET MEDIATION

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.
Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai règlementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAIT GENERATEUR

Les garanties de la présente Convention s'appliquent :

- En cas d'ITT ou d'invalidité pour l'article 4 et 5
- En cas d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie pour l'article 6
- En cas de décès pour l'article 7
- Dès la souscription pour l'article 8.1
- En cas de litige au travail pour l'article 8.2

2.2 TERRITORIALITE

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) à l'exception de Mayotte. Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

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

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires Au

0 801 803 100 Service & appel gratuits

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

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

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.
Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES dans les DROM, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA ASSURANCES et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs

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

2.4 PIECES JUSTIFICATIVES

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

3. LIMITATIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DELAI D'EXECUTION

Les garanties doivent être exécutées dans les 12 mois suivant l'évènement à l'exception de la garantie d'aide-ménagère pour laquelle le délai est de 30 jours suivant la date à laquelle l'adhérent ou son conjoint sollicite IMA.

3.2 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 30 jours à compter de la date de l'arrêt de travail.

3.3 FAUSSE DECLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraine la perte du droit à garantie. Il appartient à IMA ASSURANCES d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

3.4 FORCE MAJEURE

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

3.5 EXCLUSIONS

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

- **dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,**
- **programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes,**
- **liées à des soins de chirurgie plastique**

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,

- **liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences.**
- **consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire de l'adhérent (tentative de suicide ou mutilation volontaire).**

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES

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

4.1. INFORMATIONS MEDICALES

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

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

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.
En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

4.2. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

A tout moment, afin d'aider l'adhérent ou son conjoint souhaitant obtenir des informations relatives à une ITT, IMA ASSURANCES met à leur disposition du lundi au samedi de 8 h à 19 h, hors jours fériés, un service d'information pour apporter des réponses en matière de droit français.
A titre d'exemples :

- Informations sur les démarches administratives, les aides financières, les prestations et droits sociaux…
- Informations juridiques en cas d'erreur médicale, de conflit avec l'employeur…

4.3 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de :

- Survenance d'un accident ou d'une maladie (dont la dépression) entraînant une ITT ou une invalidité de l'adhérent,
- Aggravation d'un évènement ayant entraîné une ITT ou une invalidité de l'adhérent,
- Avant ou après la reprise d'emploi suite à une ITT de plus de 2 mois de l'adhérent,

IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, pour l'adhérent ou son conjoint, selon la situation :
- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien du lundi au vendredi de 9 h à 19 h.
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

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

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

5.1 AIDE MENAGERE

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

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

5.2 AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI

IMA ASSURANCES propose à l'adhérent une aide au retour à l'emploi suite à une ITT.
L'objet de cette prestation est de permettre à l'adhérent, d'envisager et mettre en œuvre son projet professionnel, son retour à l'emploi.

Elle comporte :

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

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

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

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

6.1. CONSEIL SOCIAL

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

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

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

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

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

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

6.2. RELAIS SERVICE A LA PERSONNE

Sur la demande de l'adhérent ou de ses proches, IMA ASSURANCES peut mettre en relation l'adhérent ou l'un de ses proches avec une plateforme de services à la personne.

Les prestations qui pourront être mises en œuvre par cette plateforme restent à la charge du bénéficiaire.

7. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES

7.1 AIDE A L'ORGANISATION DES OBSEQUES

En cas de décès de l'adhérent, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques (aide aux démarches et mise en relation avec un de ses prestataires) et faire l'avance des frais y afférents.
La somme avancée sera remboursable **dans un délai de 30 jours.**

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

7.2.1 Le déplacement d'un proche pour la garde

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

7.2.2 Le transfert des enfants

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

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

7.2.3 La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dans les 8 jours suivant le décès, la garde des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder **6 heures par jour** réparties sur une période maximale de 8 jours.

8. GARANTIES COMPLEMENTAIRES

8.1. CONSEIL MEDICAL

Dès la souscription du contrat, hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA ASSURANCES à l'adhérent ou son conjoint : aide à la compréhension du langage médical, aide à la compréhension des causes de la maladie, informations sur l'évolution de la maladie, hygiène de vie et activités sportives, conseil prévention (identifications des facteurs de risques, précautions à prendre pour éviter les accident ou les maladies invalidantes …).
Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

8.2. MEDIATION

En cas de situation de conflit au travail de l'adhérent, IMA Assurances organise et prend en charge une garantie de médiation pour l'adhérent en conflit avec sa hiérarchie ou un collègue.

Le consultant met en place une méthode de coaching, avec l'accord des deux parties, permettant de comprendre les points de blocage et invite les parties à verbaliser les raisons du conflit et de leurs attentes. Il s'efforce de trouver un compromis satisfaisant pour permettre aux parties de mettre en place les conditions d'un accord.

L'accompagnement peut se faire à distance (visioconférence, audioconférence) et / ou sur le lieu de travail de l'adhérent, dans ce dernier cas avec l'accord de l'employeur, dans la limite de 5 entretiens sur une durée de 3 mois.

Envoyé en préfecture le 23/12/2024
Reçu en préfecture le 23/12/2024
Publié le 24/12/2024
ID : 050-200056844-20241220-DEL2024_355-DE

Annexe 4 – Notice d'information Action Sociale

Dans le cadre du budget voté annuellement par l'Assemblée générale d'Intériale (« la Mutuelle »), la commission en charge de l'action sociale peut, sous conditions, accorder aux membres participants ou à leurs ayants droit, des aides financières à la mutualisation, ainsi que des aides financières diverses.

CHAPITRE 1 - AIDES À LA MUTUALISATION

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

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

Lorsque la situation matérielle d'enfants en situation de handicap est de nature à aggraver leur affliction, la Mutuelle peut prendre en charge tout ou partie de la cotisation due par le membre participant au titre du « Contrat d'assurance collective de rente survie » (Contrat n° 7452 A) assuré par CNP Assurances et au titre de la « Garantie rente survie enfance handicapée » assurée par la Mutuelle.

CHAPITRE 2 - AIDES FINANCIERES DIVERSES

Article 2 - L'aide « intervention »

L'aide « intervention » peut être accordée par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, agent de la Fonction Publique, à l'occasion de l'exercice de son service, a été blessé et que cette blessure a entrainé son hospitalisation pendant plus de 24 heures.

Le membre participant doit joindre à sa demande :
- une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure est survenue durant son service,
- toute pièce justifiant que la blessure est survenue durant son service,
- une attestation d'hospitalisation.

Article 3 - L'aide « dépendance »

L'aide « dépendance » peut être accordée par la Mutuelle aux membres participants et à leurs conjoints non couverts ou non indemnisés par une garantie en cas de dépendance assurée par la Mutuelle, ou un contrat dépendance distribué par la Mutuelle, et classés dans un GIR allant de 1 à 3 inclus et ce en application de la grille AGGIR.

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

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 4 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt installation

La Mutuelle peut apporter son aide aux membres participants qui souhaitent souscrire un prêt pour financer la caution locative, le dépôt de garantie, les frais de déménagement, l'achat de meubles, etc., dans le cadre d'une installation.

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts d'un montant maximum de 2700 €, et d'une durée minimum de 6 mois et de maximum 36 mois.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 5 - L'aide financière exceptionnelle

Une aide exceptionnelle peut être attribuée au membre participant par la Mutuelle en cas de circonstances difficiles exceptionnelles (décès d'un enfant, intempéries, etc.).

Une aide exceptionnelle peut aussi être attribuée aux ayants droit d'un membre participant de moins de 20 ans en cas de décès de celui-ci.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide financière allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés, étant précisé qu'en cas de décès d'un membre participant de moins de 20 ans ou d'un enfant ayant droit de moins de 20 ans, le maximum pouvant être alloué est de 1 200 €.

Article 6 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt social

La Mutuelle peut apporter son aide aux membres participants à faibles revenus ou en situation financière difficile, qui souhaitent souscrire un prêt pour financer des projets de vie dans un cadre social ou des dépenses liées à des intempéries qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de leur famille.

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts d'un montant maximum de 4000 €, et d'une durée minimum de 6 mois et de maximum 36 mois.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.