

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION

FACULTATIVE GARANTIES

INTERMINISTERIELLES PREVOYANCE

***AGENTS ACTIFS DU MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES ETABLISSEMENTS
PUBLICS ET AUTORITES INDEPENDANTES RATTACHES***

CONTRAT N° : MJU00002COL

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

La présente notice d'information prend effet le 1^{er} octobre 2025

SOMMAIRE

CHAPITRE 1.	PREAMBULE	4
CHAPITRE 2.	LEXIQUE.....	4
CHAPITRE 3.	INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF	4
Article -1	Information précontractuelle – Modification du contrat collectif	5
Article -2	Population assurable	5
Article -3	Conditions et modalités d’adhésion au contrat collectif	5
Article -4	Faculté de renonciation	6
CHAPITRE 4.	SUSPENSION ET TERME DES GARANTIES – MAINTIEN INDIVIDUEL DES GARANTIES	6
Article -5	Maintien et suspension des garanties.....	6
Article -6	Terme des garanties	7
CHAPITRE 5.	DENONCIATION DE L’ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF.....	7
Article -7	Dénonciation de l’adhésion du membre participant au contrat collectif ..	7
CHAPITRE 6.	DISPOSITIONS DIVERSES	7
Article -8	Fausse déclaration intentionnelle	7
Article -9	Fausse déclaration non intentionnelle.....	7
Article -10	Subrogation	7
Article -11	Prescription - Interruption de la prescription	8
Article -12	Réclamations – Médiation.....	8
Article -13	Territorialité	9
Article -14	Loi applicable – langue applicable – Monnaie	9
Article -15	Informatiques et Libertés	9
Article -16	Dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	9
Article -17	Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	9
CHAPITRE 7.	DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE	9
Article -18	Revalorisation du montant des prestations	9
Article -19	Contrôle médical	9
Article -20	Changement de situation en cours de garantie	10
Article -21	Risques exclus	10
CHAPITRE 8.	GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES	11

CHAPITRE 9.	GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	11
Article -22	Objet et définition de la garantie	11
Article -23	Prestation de la garantie Incapacité temporaire totale de travail	11
Article -24	Point de départ du service de la prestation	12
Article -25	Durée de versement des prestations.....	12
Article -26	Pièces à fournir en cas de sinistre et délai de versement des prestations 12	
CHAPITRE 10.	GARANTIE INVALIDITE NON PROFESSIONNELLE	13
Article -27	Objet et définition de la garantie	13
Article -28	Prestations de la garantie Invalidité non professionnelle	13
Article -29	Point de départ du service de la prestation	13
Article -30	Terme du service de la prestation	13
Article -31	Pièces à fournir en cas de sinistre et délai de versement des prestations 13	
CHAPITRE 11.	GARANTIE CAPITAL DECES.....	14
Article -32	Objet et définition de la garantie	14
Article -33	Prestations de la garantie Capital Décès	14
Article -34	Bénéficiaires de la prestation	14
Article -35	Règlement de la prestation	15
Article -36	Terme de la garantie	15
Article -37	Pièces à fournir en cas de sinistre.....	15
Article -38	Maintien de la garantie décès en cas d'arrêt de travail.....	16
CHAPITRE 12.	MODALITES DE GESTION	16
Article -39	Assiette de la cotisation mutualiste	16
Article -40	Montant des cotisations	16
Article -41	Périodicité et modalités de paiement des cotisations	16
Article -42	Non-paiement des cotisations	16
CHAPITRE 13.	Garanties et services complémentaires	16
Article -43	Aide au retour à l'emploi « Previa »	16

CHAPITRE 1. PREAMBULE

Le contrat collectif conclu entre le ministère de la justice et des établissements publics et autorités indépendantes rattachés (« le Souscripteur ») et Intériale* (« la Mutuelle ») est un contrat collectif à adhésion facultative.

* 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

Le contrat collectif à adhésion facultative est conclu conformément aux dispositions suivantes :

- des articles L. 827-1 à L. 827-3 du Code général de la fonction publique ;
- du décret n° 2024-555 du 17 juin 2024 relatif aux garanties en matière de risque décès des agents publics de l'Etat, des militaires et des ouvriers de l'Etat ;
- du décret n° 2024-641 du 27 juin 2024 relatif au régime de certains congés pour raison de santé des fonctionnaires et des agents contractuels de l'Etat ;
- du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat ;
- de l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat ;
- de l'accord du 25 juin 2024 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité, invalidité, décès) pour les personnels du ministère de la justice et des établissements et autorités rattachés ;
- les pièces contractuelles de la consultation pour la protection sociale complémentaire des agents du ministère de la justice et établissements publics rattachés ;
- l'article L. 221-2-III-1° du Code de la mutualité.

La notice d'information : destinée aux membres participants, elle définit notamment :

- les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ;
- les délais de prescription.

Les agents actifs du Souscripteur peuvent adhérer à un contrat collectif à adhésion facultative, relatif aux garanties additionnelles prévues par l'accord du 25 juin 2024 précité, sous réserve de l'adhésion préalable au présent contrat.

CHAPITRE 2. LEXIQUE

Au sein du contrat collectif :

- Le terme « Souscripteur » désigne la personne morale souscriptrice du contrat collectif.

Le « Souscripteur » désigne le ministère de la Justice et les établissements publics et autorités indépendantes suivants :

- Ecole nationale de la magistrature (ENM) ;
- Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) ;
- Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ) ;

- Conseil constitutionnel ;
- Grande chancellerie de la Légion d'honneur ;
- Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) ;
- Etablissement public d'exploitation du livre foncier informatisé (EPELFI).

- 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 couvrant l'incapacité temporaire totale de travail au titre du congé de longue maladie (CLM) et du congé de grave maladie (CGM), l'invalidité permanente d'origine non professionnelle, le décès.

- « L'accident » s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

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

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

- 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 carence » 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 carence, et leurs rechutes, ne sont pas indemnisés. Le délai de carence s'apprécie dans les conditions énoncées au présent contrat collectif.

- Est considéré comme une « rechute » tout nouvel arrêt de travail dont la cause est imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà fait l'objet d'un arrêt de travail.

CHAPITRE 3. INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Article -1 Information précontractuelle – Modification du contrat collectif

La Mutuelle remet pour le compte du Souscripteur au membre participant ou futur membre participant, avant son affiliation au contrat collectif une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette notice d'information 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, la mutuelle pour le compte du Souscripteur est tenue d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet.

La preuve de la remise de la notice d'information, des Statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au à la Mutuelle.

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.

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, dès lors qu'ils sont employés et rémunérés par le Souscripteur :

- les fonctionnaires civils de l'Etat, titulaires et stagiaires ;
- les agents contractuels de droit public et de droit privé ;
- les magistrats de l'ordre judiciaire ;
- les auditeurs de justice et stagiaires du concours professionnel prévu par l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 portant loi organique relative au statut de la magistrature.

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

a. Conditions d'adhésion au contrat collectif

I. Dans les 6 premiers mois de la date d'effet du contrat ou de la date d'embauche ou de la reprise d'activité

L'adhésion au présent contrat n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé lorsqu'elle intervient pendant les six premiers mois qui suivent :

- la date de prise d'effet du présent contrat ;
- la date d'embauche de l'agent, si cette date est postérieure à la date de prise d'effet du présent contrat.
- La date de reprise d'activité de l'agent en congé parental ou en disponibilité pour convenances personnelles.

L'agent en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat peut demander son adhésion dans les conditions prévues à l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

En conséquence, la Mutuelle doit prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'intéressé.

Toutefois, la Mutuelle peut refuser de prendre en charge les suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion de l'intéressé à condition :

- que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ;
- que la Mutuelle apporte la preuve que la maladie était antérieure à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif.

L'adhésion pourra être ainsi soumise à un questionnaire médical entraînant, le cas échéant, une exclusion de l'affection à l'origine de l'arrêt de travail en cours à la date d'adhésion.

II. Au-delà des 6 premiers mois de la date d'effet du contrat ou de la date d'embauche ou de la reprise d'activité

Au-delà de la période d'ouverture de 6 mois, le contrat reste ouvert sans condition d'âge ou d'état de santé uniquement pour les nouveaux embauchés à la condition que leur adhésion ait pris effet dans les 6 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 plus de 6 mois après, respectivement la date d'effet du contrat ou la date de leur embauche, verront leur adhésion soumise à un délai de carence de deux mois.

Les agents en congé parental ou en disponibilité pour convenances personnelles qui demandent l'adhésion au contrat plus de 6 mois après leur reprise d'activité verront également leur adhésion soumise à un délai de carence de deux mois. Le délai de 6 mois prend effet au 1er jour du mois qui suit la reprise d'activité.

Les agents en arrêt de travail qui demandent leur adhésion au contrat plus de 6 mois après, respectivement la date d'effet du contrat ou la date de leur embauche, verront leur adhésion soumise aux conditions d'adhésion visées au I. du présent article.

b. Formalités d'adhésion au contrat collectif

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

- 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 ;
- un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB ;
- le cas échéant le questionnaire médical dûment complété ; à défaut, la demande d'adhésion sera considérée comme irrecevable ;
- le dernier bulletin de salaire du membre

participant.

application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin.

L'agent devra impérativement informer la Mutuelle de tout changement dans sa situation à la date de prise d'effet de l'adhésion et notamment de la survenance d'un éventuel arrêt de travail avant la date d'effet de l'adhésion.

L'acceptation de l'adhésion sera notifiée au membre participant par un ou plusieurs courriers électroniques 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,
- le cas échéant, les affections exclues et/ou les majorations tarifaires.

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 est le 1er octobre 2025 pour les agents présents dans l'effectif du Souscripteur et ayant choisi d'adhérer au présent contrat au 1er octobre 2025.

Pour les agents qui demandent leur adhésion au présent contrat postérieurement au 1er octobre 2025, 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, la date de prise d'effet de l'adhésion est la date d'embauche de l'agent si celle-ci est postérieure au 1er octobre 2025 et si l'agent demande son adhésion au présent contrat avec effet à sa date d'embauche, sans rétroactivité possible. Dans les autres cas, 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.

d. Prise d'effet des « Garanties prévoyance »

Sous réserve de la fourniture de l'ensemble des documents mentionnés à l'article 3 ci-avant, les « Garanties prévoyance » prennent effet à la date de prise d'effet de l'adhésion du membre participant au contrat collectif, sauf application des délais de carence prévus pour certaines garanties.

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, à l'exception :

- de la prise en charge des sinistres nés pendant le délai de carence et de leurs rechutes ;
- de la prise en charge des suites des états pathologiques antérieurs conformément aux dispositions de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin (sauf si pathologie(s) exclue(s) à l'adhésion) ;
- de la prise en charge du sinistre par l'organisme assureur précédent en

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

L'adhésion du membre participant au contrat collectif est valable jusqu'au 30 septembre, à 24 heures, qui suit sa date d'adhésion.

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

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 pourra plus user de sa faculté de renonciation.

**CHAPITRE 4. SUSPENSION ET TERME
DES GARANTIES – MAINTIEN INDIVIDUEL
DES GARANTIES**

Article -5 Maintien et suspension des garanties

L'adhésion des agents est maintenue pendant les périodes de suspension de la relation de travail liées à une maladie, une maternité ou un accident ainsi que les périodes d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée dès lors qu'elles sont indemnisées.

Pendant la période de suspension de la relation de travail non indemnisée, le bénéfice des garanties prévoyance est suspendu. Toutefois, l'agent peut bénéficier du maintien de la garantie décès sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente.

Article -6 Terme des garanties

Les garanties prévues par le contrat collectif prennent fin :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier du contrat ;
- à la date de prise d'effet de la dénonciation de l'adhésion du membre participant, dans les conditions prévues à l'article 10 des conditions générales ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 44 des conditions générales ;
- 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 et au plus tard au 1er jour du mois suivant leur 62ème anniversaire à la retraite pour la garantie Invalidité ;
- à l'âge d'ouverture des droits individuels à la retraite à taux plein pour les garanties Incapacité temporaire totale de travail et « Capital Décès » ;
- 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.

Dans tous les cas, le terme des garanties prévues au contrat 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 de la notice d'information.

CHAPITRE 5. DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article -7 Dénonciation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif

Dans tous les cas, la dénonciation de l'adhésion du membre participant au présent contrat collectif entraîne la dénonciation de plein droit de l'adhésion du membre participant au contrat collectif relatif aux garanties additionnelles

a. A l'échéance annuelle

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, ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de l'espace adhérent, à la Mutuelle, au moins deux avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 juillet de chaque année.

L'adhésion du membre participant prend fin à la date d'échéance du contrat, soit le 30 septembre à 24 heures 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.

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

CHAPITRE 6. DISPOSITIONS DIVERSES

Article -8 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 -9 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 -10 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 -11 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 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 avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article -12 Réclamations – Médiation

Dans l'hypothèse d'une insatisfaction ou d'une difficulté avec la Mutuelle, l'intéressé 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, d'un bénéficiaire, du Souscripteur ou de toute autre personne peut être soumis à la Mutuelle.

Cette réclamation peut être adressée par voie postale, à l'adresse indiquée dans la notice d'information remise au membre participant.

Une réponse sera apportée au plus tard dans les deux mois à compter de l'envoi de la demande.

Si à l'expiration d'un délai de 45 jours, le réclamant n'a pas reçu de réponse, il peut saisir la cellule de recours interne de la Mutuelle :

- soit par email :

recoursinterne@interiale.fr

- soit, par voie postale, à l'adresse suivante :

INTERIALE – Recours interne
CS 50005 – 59040 Lille cedex

Celle-ci s'engage à apporter une réponse dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine.

b. Médiation

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, et ce quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu :

- soit en ligne par internet sur le site dédié :

www.mediateur-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 -13 Territorialité

Les Garanties prévoyance s'appliquent dans le monde entier.

Article -14 Loi applicable – langue applicable – Monnaie

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la loi française. La langue française est la langue applicable au contrat qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toute autre langue.

Le règlement des prestations et le paiement des cotisations sont effectués en euros.

Article -15 Informatiques et Libertés

En tant que responsable de traitement, les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle pourra également utiliser ces informations pour les finalités suivantes : (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) pour se conformer aux obligations légales et réglementaires applicables, (V) pour l'analyse des données collectées afin d'améliorer les produits (recherche et développement), évaluer ou prédire la situation du membre participant (scores d'appétence) et personnaliser le parcours en tant qu'adhérent, (VI) pour proposer au membre participant de nouveaux produits ou garanties.

Les bases légales des traitements susmentionnés sont l'exécution du contrat, l'intérêt légitime (I, II, V et VI) et le respect des obligations légales (III, IV). Les données de santé éventuellement collectées seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat.

Les données seront conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation de ces finalités ou conformément aux durées spécifiquement prévues par la CNIL ou la loi.

Elles pourront être communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités ayant besoin d'y accéder pour les opérations susmentionnées. Les données de santé éventuellement collectées ne seront partagées qu'avec des sous-traitants habilités à traiter ces données spécifiques.

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 donc solliciter ces derniers pour vérifier ou compléter leurs informations (par exemple en enregistrant un email suite à un courrier électronique).

Le membre participant et les bénéficiaires peuvent exercer, chacun pour ce qui le concerne, leurs droits d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité de leurs données, ou définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils peuvent également limiter l'utilisation de leurs données ou s'opposer à leur traitement. En cas d'autorisation expresse pour l'utilisation de certaines données, celle-ci peut être retirée à tout moment, sous réserve que ces données ne soient pas indispensables à l'application du contrat.

Pour exercer leurs droits, le membre participant et les bénéficiaires peuvent écrire par email à l'adresse suivante :

dpo@interiale.fr

ou par courrier à INTERIALE – DPO – 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS. En cas de réclamation, ils peuvent saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à l'adresse suivante :

<https://www.interiale.fr/donnees-personnelles>

Article -16 Dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

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

Article -17 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.

CHAPITRE 7. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE

Article -18 Revalorisation du montant des prestations

En cours d'adhésion, le service des prestations est revalorisé annuellement, à chaque 1er janvier, par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique sur validation du conseil d'administration de la Mutuelle.

En cas de résiliation du présent contrat, toutes les prestations issues des sinistres survenus pendant la période d'exécution dudit contrat restent couvertes au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation. 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 à tout moment de soumettre à tout contrôle, toute enquête administrative et toute visite médicale qu'elle jugerait nécessaire tout membre participant, qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat collectif, et ce afin de vérifier la réalité du sinistre.

Au vu des conclusions du contrôle, de l'enquête administrative ou de la visite médicale, 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, de l'enquête administrative ou de la visite médicale demandés par la Mutuelle est défavorable au membre participant, le versement des prestations est suspendu à la date à laquelle le membre participant n'est plus reconnu en sinistre tel qu'il est défini par la garantie, ou au plus tard le lendemain de la date du contrôle, de l'enquête administrative ou de la visite médicale.

Si le résultat de la visite médicale est contesté par le médecin du membre participant, le membre participant peut demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage.

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 de la demande d'arbitrage ne prendront effet qu'à partir de la date de cette dernière.

En cas de désaccord entre le médecin du membre participant et le médecin de la Mutuelle, 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.

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.

Le membre participant est redevable de toutes les sommes perçues à tort se rapportant aux périodes pendant lesquelles la prestation lui aura été versée.

En cas de versements se révélant indus, la Mutuelle se réserve le droit de :

- soit, en application des dispositions des articles 1347 et suivants du Code civil,

compenser les prestations payées à tort avec un versement de prestations postérieur,

- soit solliciter la répétition de la prestation indument versée dans le délai de prescription de la garantie.

En cas de non-restitution des sommes par le membre participant, la Mutuelle pourra recourir à tous les moyens de droit nécessaires à leur recouvrement.

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 de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique ;
- 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 ;
- de déplacements ou séjours pour raisons personnelles dans une région ou un pays formellement déconseillés par le Ministère français de l'Europe et des affaires étrangères.

Par ailleurs, concernant spécifiquement la garantie « Capital Décès», 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.

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

CHAPITRE 8. GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES

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

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

INTERIALE
Centre de Gestion
- CS 50005 59040
LILLE CEDEX

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.

CHAPITRE 9. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Article -22 Objet et définition de la garantie

Au titre du contrat, la Garantie Incapacité temporaire totale de travail a pour objet de garantir aux membres participants en activité de service le versement d'indemnités journalières en cas de survenance d'une incapacité temporaire totale de travail dans le cadre d'un congé de longue maladie ou d'un congé de grave maladie, en cours de validité de leur adhésion au présent contrat.

Le congé de longue maladie est celui prévu à l'article L. 822-6 du Code général de la fonction publique.

Le congé de grave maladie est celui prévu à l'article 13 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout membre participant qui, avant la liquidation de sa pension de retraite et avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein :

se trouve momentanément dans l'incapacité temporaire totale d'exercer toute activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident médicalement constaté par la Mutuelle, et perçoit à ce titre des prestations de son employeur en application du régime statutaire de la

Fonction Publique, et/ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion ne pourra pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de la prestation incapacité temporaire de travail.

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

Article -23 Prestation de la garantie Incapacité temporaire totale de travail

a. Base de garantie

Les prestations sont calculées en fonction de la rémunération (dite « base de garantie ») définie comme étant :

- **Pour les fonctionnaires civils** : le traitement indiciaire mensuel brut, y compris la nouvelle bonification indiciaire (NBI) mensuelle brute et le complément de traitement indiciaire (CTI) mensuel brut, ainsi que les primes et indemnités mensuelles brutes que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité.
- **Pour les agents contractuels de droit public et de droit privé** : la rémunération mensuelle brute que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité.

En tout état de cause, la rémunération de référence évolue en fonction des changements de rémunération de l'agent pendant l'arrêt de travail.

b. Montant de la prestation

La Mutuelle garantit au membre participant en congé de longue maladie ou en congé de grave maladie le versement de prestations venant en complément de sa rémunération réduite, lui permettant de percevoir :

- 100% de la base de garantie la première année ;
- 80% de la base de garantie la deuxième année et la troisième année.

La prestation est servie après déduction, le cas échéant, des sommes versées par l'employeur et les régimes de Sécurité sociale.

Elle ne peut être servie qu'en complément d'un maintien de rémunération de l'employeur ou d'une indemnisation versée par un régime de Sécurité sociale.

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

Les prestations sont calculées en fonction de la base de garantie et des sommes versées par l'employeur et/ou le régime de base du membre participant, et ce notamment à l'aide des bulletins de salaire fournis à la Mutuelle tout au long de la période d'arrêt de travail.

c. Règle de cumul

Le montant des prestations versées par la Mutuelle, augmenté des prestations versées par l'employeur, le

régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou par tout autre organisme, quelle que soit la nature juridique desdites prestations, ne peut excéder un montant égal à 100 % de la base de garantie.

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

24.1 Point de départ du versement des prestations pour les agents titulaires de la fonction publique

a) Congé de longue maladie

La Mutuelle verse sa prestation au membre participant, en complément du maintien de sa rémunération par son employeur public à compter de la 2^{ème} année d'arrêt de travail sur une période de référence continue ou discontinue en cas de congé de longue maladie visé à l'article L.822-6 du CGFP.

b) Congé de Grave Maladie

La Mutuelle verse sa prestation au membre participant, en complément du maintien de sa rémunération par son employeur public et, le cas échéant, des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale à compter de la 2^{ème} année d'arrêt de travail sur une période de référence continue ou discontinue en cas de congé de grave maladie.

24.2 Point de départ du versement des prestations pour les agents contractuels de droit public de la fonction publique
- Congé de grave maladie

La Mutuelle verse sa prestation au membre participant bénéficiant d'une ancienneté supérieure ou égale à quatre mois, en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, du maintien de sa rémunération par son employeur public à compter de la deuxième année d'arrêt de travail continu ou discontinu.

24.3. Point de départ du versement des prestations pour les agents contractuels de droit privé

La Mutuelle verse sa prestation au membre participant, en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, du maintien de sa rémunération par son employeur public à compter du :

- du 4^{ème} jour d'arrêt de travail continu pour les agents contractuels dont l'ancienneté est inférieure à une année;
- du 31^{ème} jour d'arrêt de travail sur une période de référence continue ou discontinue pour les agents contractuels dont l'ancienneté est supérieure à une année.

24.4. Evolution de la réglementation

En cas d'évolution de la réglementation relative au congé longue maladie (CLM) ou d'un congé grave maladie (CGM), le point de départ du versement des prestations demeure celui qui était en vigueur au 1^{er} octobre 2025.

Article -25 Durée de versement des prestations

L'indemnisation au titre de la garantie Incapacité temporaire totale de travail se poursuit, tant que dure le

congé de longue maladie ou le congé grave maladie du membre participant, et au plus tard jusqu'à :

- la date à laquelle le membre participant est reconnu apte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, et ce par le Conseil médical ou tout autre organe consultatif, ou par la Mutuelle suite à un contrôle médical,
- la date à laquelle le membre participant reprend une activité professionnelle à temps complet,
- la date de fin de droits au congé de longue maladie ou congé grave maladie,
- la date du terme de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la fonction publique, ou par le régime obligatoire de sécurité sociale,
- la date de la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- la date de la liquidation de la pension de retraite du membre participant,
- à l'âge d'ouverture des droits individuels à la retraite à taux plein du membre participant,
- la date du décès du membre participant.

Article -26 Pièces à fournir en cas de sinistre et délai de versement des prestations

a. Pièces à fournir en cas de sinistre

Pour toute demande d'indemnisation (demande initiale ou demande de prolongation d'indemnisation) le membre participant doit adresser à la Mutuelle :

- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- le certificat d'état de santé, formulaire transmis par la Mutuelle à compléter par le membre participant, accompagné des pièces justificatives demandées ;
- tout document à caractère administratif (arrêtés, décisions...), ou à défaut une attestation de l'employeur, indiquant la nature et la durée de l'arrêt de travail ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre(s),
- l'avis du conseil médical,
- les copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois où apparaissent les retenues opérées par l'employeur ;
- les décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser ;
- le dernier bulletin de salaire 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.

b. Délai de versement des prestations

Les prestations sont versées dans un délai compris entre 1

et 8 jours ouvrés à compter de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des pièces nécessaires.

CHAPITRE 10. GARANTIE INVALIDITE NON PROFESSIONNELLE

Article -27 Objet et définition de la garantie

La garantie Invalidité non professionnelle a pour objet de garantir aux membres participants le versement de prestations en cas d'invalidité d'origine non professionnelle survenant au cours de la période de couverture et avant l'âge légal de départ à la retraite et au plus tard au 1er jour du mois suivant leur 62ème anniversaire.

Le membre participant est considéré comme atteint d'une invalidité au sens de la présente garantie lorsqu'il est dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle par suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle et remplit les conditions suivantes :

- **Pour les fonctionnaires** : avoir été mis à la retraite anticipée pour invalidité avant l'âge légal de départ à la retraite et au plus tard au 1er jour du mois suivant leur 62ème anniversaire, quel que soit le taux d'invalidité, ou placé en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle ;
- **Pour les agents contractuels** : justifier d'un classement en 1ère, 2ème ou 3ème catégorie d'invalidité au sens de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale.

Toute disponibilité d'office pour raison de santé dans l'attente d'un avis du Conseil médical, d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite n'est pas prise en charge par la présente garantie.

Article -28 Prestations de la garantie Invalidité non professionnelle

a. Base de garantie

La base de garantie pour la garantie Invalidité non professionnelle est identique à celle définie pour la garantie Incapacité temporaire totale de travail, à l'article 23.a. de la présente notice d'information

b. Montant de la prestation

➤ Pour les fonctionnaires :

Pour les fonctionnaires radiés des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle, ainsi que les fonctionnaires placés en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle, la Mutuelle garantit au membre participant le versement d'une prestation complémentaire au moins égale à 10% de la base de garantie définie au a), hors majoration pour tierce personne. sous réserve que l'ensemble des sommes perçues au titre de l'invalidité non professionnelle ne dépasse pas 80% de cette même base de garantie.

➤ Pour les agents contractuels :

La Mutuelle garantit au membre participant le versement de prestations complémentaires lui permettant de percevoir :

- 50% de la base de garantie pour une invalidité de 1ère catégorie au sens du 1° de l'article L. 341- 4 du Code de la sécurité sociale ;
- 80% de la base de garantie pour une invalidité de 2ème catégorie au sens du 2° de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale ;
- 80% de la base de garantie pour une invalidité de 3ème catégorie, au sens du 3° de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale, hors majoration de 40% pour tierce personne.

La prestation est servie après déduction, le cas échéant, des sommes versées par l'employeur et les régimes de Sécurité sociale.

c. Règle de cumul

Le montant des prestations versées par la Mutuelle, augmenté des prestations et rémunérations versées par l'employeur, le régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou par tout autre organisme, quelle que soit la nature juridique desdites prestations, ne peut excéder un montant égal à 100 % de la base de garantie.

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

Article -29 Point de départ du service de la prestation

La prestation de la Mutuelle est servie :

- **Pour les fonctionnaires** : à compter de la date de leur mise à la retraite pour invalidité ou de leur placement en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité non professionnelle ;
- **Pour les agents contractuels** : à compter de la date d'attribution d'une pension d'invalidité de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie.

Article -30 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 :

- le jour de la reprise d'une activité professionnelle même partielle du membre participant ;
- le jour du décès du membre participant ;
- le jour de la liquidation de la pension de retraite pour le membre participant (lorsque celui-ci relève du régime général de la Sécurité sociale) ;
- en tout état de cause à l'âge de 62 ans.

Article -31 Pièces à fournir en cas de sinistre et délai de versement des prestations

a) 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),
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- la notification de mise en retraite pour invalidité de l'Administration ou de mise en invalidité 1ère, 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou l'arrêté de disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle,
- le cas échéant une photocopie de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne,
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'invalidité, de la Sécurité sociale, ou de tout autre organisme de prévoyance,
- les bulletins de salaire faisant apparaître la prestation compensatoire versée par l'Administration ;
- pour les fonctionnaires, les bulletins de paiement de la pension de retraite ;
- un certificat médical d'incapacité définitive à l'exercice de son activité professionnelle 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 derniers bulletins de paie du membre participant devant servir de base au calcul des prestations.

b) Délai de versement des prestations

Les prestations sont versées dans un délai compris entre 1 et 8 jours ouvrés à compter de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des pièces nécessaires.

CHAPITRE 11. GARANTIE CAPITAL DECES

Article -32 Objet et définition de la garantie

La garantie Capital Décès a pour objet le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés par le membre participant en cas de décès de ce dernier survenant pendant la période de couverture et avant la liquidation de la pension de retraite du membre participant et au plus tard à l'âge d'ouverture des droits individuels à la retraite à taux plein.

Article -33 Prestations de la garantie Capital Décès

a) Base de garantie

INTERIALE - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité Numéro SIREN 775 685 365 - 32, rue Blanche 75009 PARIS

Le montant du capital garanti est calculé en fonction de la rémunération définie comme étant :

- Pour les fonctionnaires :

Le montant des douze derniers mois de rémunération brute, telle que définie à l'article L. 712-1 du Code général de la fonction publique, du fonctionnaire décédé.

Le traitement à prendre en considération est celui afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire le jour de son décès.

Lorsque le fonctionnaire décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un an le jour de son décès, la base de garantie correspond à la rémunération à laquelle aurait eu droit le fonctionnaire s'il avait accompli un an de services ;

- Pour les agents contractuels :

Le montant des douze derniers mois de rémunération brute du membre participant.

Lorsque l'agent contractuel décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un an le jour de son décès, la base de garantie correspond à la somme des émoluments auxquels l'agent aurait eu droit s'il avait accompli un an de services.

Lorsque la période de référence des douze (12) derniers mois précédant l'évènement, n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué sur une période de 12 mois en considérant la période comprise entre la date d'effet de la garantie ou la date d'entrée de l'agent et la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

b) Montant de la prestation

Le montant du capital garanti est égal à 100% de la base de garantie définie au a) ci-dessus, évaluée à la date du sinistre.

Pour les fonctionnaires, ce montant est au moins égal à quatre fois le montant mentionné à l'article D. 361-1 du Code de la sécurité sociale.

Article -34 Bénéficiaires de la prestation

En cas de décès du membre participant, les prestations En cas de décès du membre participant, les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

La désignation du (des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par le membre participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'au membre participant. Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales.

La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la Mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous

seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la Mutuelle que si elle lui a été notifiée.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter du moment où le membre participant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

A défaut de désignation expresse par le membre participant, et en cas de prédécès du ou des bénéficiaires désignés, ou en cas de difficulté d'interprétation de la désignation expresse, les prestations sont versées :

- au conjoint du membre participant, non divorcé, non séparé de corps par un jugement définitif par jugement passé en force de chose jugée ;
- à défaut au cocontractant d'un PACS du membre participant ;
- à défaut au concubin notoire du membre participant ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux ascendants au 1er degré du membre participant, et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant ;
- à défaut, et par parts égales, aux héritiers du membre participant.

Lorsque le bénéficiaire de la prestation est mineur, celle-ci est versée sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

Article -35 Règlement de la prestation

Conformément à l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, la Mutuelle dispose d'un délai maximum 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 doit régler 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 44 des présentes conditions générales.

Toutefois, la Mutuelle s'engage à régler les sommes dues dans un délai compris entre 1 et 8 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires.

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 -36 Terme de la garantie

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 des droits individuels à la retraite à taux plein en cas de poursuite d'activité du membre participant.

Article -37 Pièces à fournir en cas de sinistre

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès. A l'appui de la demande, le (ou les) bénéficiaire(s) fournissent les pièces suivantes :

- un acte de décès,
- un certificat médical précisant la cause naturelle ou non du décès,
- tout document justifiant de la qualité du bénéficiaire,
- 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 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 : un extrait d'acte de naissance ou une copie intégrale de l'acte de naissance,
- Enfants ou héritiers désignés uniquement par leur qualité : une copie de l'acte de notoriété,
- Ascendants du 1er degré : une copie intégrale du livret de famille mentionnant les parents du membre participant et sa naissance, ou à défaut, la copie intégrale de l'acte de naissance du membre participant décédé,
- Si le bénéficiaire est une personne protégée : une copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles.

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

Article -38 Maintien de la garantie décès en cas d'arrêt de travail

La garantie décès est maintenue en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès pendant une période d'incapacité de travail ou d'invalidité prise en charge au titre présent contrat.

CHAPITRE 12. MODALITES DE GESTION

Article -39 Assiette de la cotisation mutualiste

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

Pour les fonctionnaires civils :

Le traitement indiciaire mensuel brut, y compris la nouvelle bonification indiciaire (NBI) mensuelle brute et le complément de traitement indiciaire (CTI) mensuel brut, ainsi que les primes et indemnités mensuelles brutes.

Pour les agents contractuels de droit public et de droit privé :

Le traitement indiciaire mensuel brut ainsi que les primes et indemnités mensuelles brutes.

Article -40 Montant des cotisations

Le montant de la cotisation inclut les taxes applicables aux taux en vigueur au jour de la prise d'effet du contrat collectif.

Les taux/montants de cotisations sont fixés dans les conditions particulières du contrat.

Article -41 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 contrat collectif.

Les cotisations, exprimées en pourcentage de la base brute des prestations, 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 -42 Non-paiement des cotisations

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

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

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

CHAPITRE 13. Garanties et services complémentaires

Article -43 Aide au retour à l'emploi « Previa »

La Mutuelle peut faire bénéficier ses membres participants en arrêt de travail d'un service d'aide au retour à l'emploi, sous conditions définies par la Mutuelle, et sous réserve de l'accord de l'employeur. Le montant mensuel de la cotisation afférente au service d'aide au retour à l'emploi, de 0,84 € TTC par bénéficiaire, est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie Prévoyance.

Annexe 1 : Prestations : Tableau des garanties

Garanties complémentaires Socle interministériel	
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)	
Maladie Ordinaire	-
Longue Maladie / Grave Maladie	
1 ^{ère} année	100 % de l'assiette de rémunération
2 ^{ème} et 3 ^{ème} année	80 % de l'assiette de rémunération
Congé Longue Durée	-
INVALIDITE	
Capital Invalidité Permanente et Absolue	-
Rente Invalidité	
1 ^{ère} Catégorie	50 % de l'assiette de rémunération
2 ^{ème} Catégorie	80 % de l'assiette de rémunération
3 ^{ème} Catégorie	80 % de l'assiette de rémunération, majorée de 40 % pour tiers aidant
DECES	
Capital	1 année de rémunération
Capital Education	-
Double Effet	-
Rente de survie pour enfant handicapé (par an)	-
Frais d'obsèques	-

Annexe 2 – Cotisations

Tarifs TTC mensuels

	Garanties complémentaires Socle interministériel
Incapacité temporaire de travail (ITT) et services <i>% du traitement de référence</i>	0,29%
Invalidité <i>% du traitement de référence</i>	0,19%
Décès <i>% du traitement de référence</i>	0,17%



FR378518_01WYMU