

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

GARANTIES ADDITIONNELLES 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

PREAMBULE.....	4
LEXIQUE.....	4
INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF	5
Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif.....	5
ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	5
Article 2- Population assurable	5
Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion au contrat collectif	5
Article 4 - Changement de formule.....	7
SUSPENSION ET TERME DES GARANTIES – MAINTIEN INDIVIDUEL DES GARANTIES	7
Article 5 - Maintien et suspension des garanties	7
Article 6 - Terme des garanties	7
DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	7
Article 7 - Dénonciation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif	7
DISPOSITIONS DIVERSES	7
Article 8 - Fausse déclaration intentionnelle	7
Article 9 - Fausse déclaration non intentionnelle	8
Article 10- Subrogation	8
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
DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PREVOYANCE.....	9
Article 18 - Revalorisation du montant des prestations.....	9
Article 19 - Contrôle médical	10
Article 20 - Changement de situation en cours de garantie	10
Article 21 - Risques exclus.....	10
GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES	11
GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE 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
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
GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE	14
Article 32 - Objet et définition de la garantie.....	14
Article 33 - Prestations de la garantie Invalidité Permanente et Absolue	14
Article 34 - Pièces à fournir en cas de sinistre.....	14
GARANTIE CAPITAL DECES	14
Article 35 - Objet et définition de la garantie.....	14
Article 36 - Prestations de la garantie Capital Décès.....	14
Article 37 - Bénéficiaires de la prestation	15
Article 38 - Règlement de la prestation	15
Article 39 - Pièces à fournir en cas de sinistre.....	15
Article 39bis- Maintien de la garantie décès en cas d'arrêt de travail	15
GARANTIES CAPITAL EDUCATION ET CAPITAL EDUCATION DOUBLE EFFET ...	16
Article 40 - Objectif et définition des garanties	16
Article 41 - Montant de la prestation.....	16
Article 42 - Bénéficiaires	16
Article 43 - Règlement de la prestation	16
Article 44 - Pièces à fournir en cas de sinistre.....	17
Article 44bis - Maintien des garanties « capital éducation » et « capital education double effet » en cas d'arrêt de travail	15
GARANTIE RENTE SURVIE ENFANT HANDICAPE	17
Article 45 - Objet et définition de la garantie.....	17
Article 46 - Montant de la prestation.....	17
Article 47 - Bénéficiaires	17
Article 48 - Règlement de la prestation	17
Article 49 - Terme du service de la prestation	17
Article 50 - Pièces à fournir en cas de sinistre et délai de versement des prestations	17
Article 50bis- Maintien de la garantie "Rente survie enfant handicapé" en cas d'arrêt de travail.....	17
GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES	18
Article 51 - Objet et définition de la garantie.....	18
Article 52 - Conditions d'octroi	18
Article 53 - Bénéficiaires	18
Article 54 - Montant de l'allocation	18
Article 55 - Règlement de la prestation	18
Article 56 - Pièces à fournir en cas de sinistre.....	18
MODALITES DE GESTION	18
Article 57 - Assiette de la cotisation mutualiste	18
Article 58 - Montant des cotisations	19
Article 59 - Périodicité et modalités de paiement des cotisations.....	19
Article 60 - Non-paiement des cotisations.....	19
Article 61 - Garanties et services complémentaires.....	19

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 contrat collectif à adhésion facultative, relatif aux garanties interministérielles

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 maladie ordinaire (CMO), du congé longue maladie (CLM) ou congé grave maladie (CGM) et du congé de longue durée (CLD), l'invalidité permanente d'origine non professionnelle, l'invalidité permanente et absolue (IPA), le décès, l'allocation frais d'obsèques.

- Le membre participant est considéré comme atteint d'une « Invalidité Permanente et Absolue » ou « IPA » lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies sans que la Mutuelle ne soit tenue à une éventuelle décision d'un tiers :

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

- « 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.

- Est considéré comme « enfant à charge » : l'enfant fiscalement à charge du membre participant au jour de son décès, ou pour lequel le membre participant verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement, au jour de son décès, ou l'enfant de ce membre participant né au cours des trois cents jours qui suivent son décès,

- jusqu'à son dix-huitième anniversaire, sans condition de scolarisation ;
- de son 18^e jusqu'à son 27^e anniversaire, à la condition qu'il poursuive des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ou qu'il soit titulaire d'un contrat d'apprentissage ou d'alternance.

- Est considéré comme « Enfant handicapé » l'enfant fiscalement à charge du membre participant au jour de son décès, ou pour lequel le membre participant verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement, au jour de son décès et éligible à l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 du Code de la sécurité sociale ou de rendre son représentant légal éligible à l'allocation mentionnée à l'article L. 541-1 du même code.

- 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 « PMSS » est le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale fixé chaque année par arrêté.

- 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 au contrat collectif.

- Le terme « Franchise » est une période continue ou discontinue non indemnisée au membre participant par la Mutuelle.

- 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.

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.

ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 2 - Population assurable

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

Les agents pouvant adhérer au contrat collectif sont, 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 ;
- les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- 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 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 contrat ;
- la date d'embauche de l'agent, si cette date est postérieure à la date de prise d'effet du 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 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.

L'adhésion à l'option additionnelle 1, variante A ou B, est réservée aux agents relevant du régime général de Sécurité sociale dans les conditions exposées ci-dessus.

L'adhésion à l'option additionnelle 2, variante C ou D, est ouverte à l'ensemble des agents dans les conditions exposées ci-dessus.

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 1^{er} 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 visées au I. du présent article.

L'adhésion à l'option additionnelle 1, variante A ou B, est réservée aux agents contractuels de droit privé relevant du régime général de Sécurité sociale.

L'adhésion à l'option additionnelle 2, variante C ou D, est ouverte à l'ensemble des agents dans les conditions exposées ci-dessus.

III. Exclusion des suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion au contrat collectif « garanties additionnelles »

L'exclusion des suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion de l'intéressé mentionnée dans le certificat d'adhésion au contrat collectif « socle interministériel » est étendue au contrat collectif « garanties additionnelles » en cas d'adhésion à l'option additionnelle et, le cas échéant, lors de chaque modification des variantes tel que visé à l'article 8 des présentes conditions particulières.

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.

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 contrat.

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

La date de prise d'effet de l'adhésion est le 1^{er} octobre 2025 pour les agents présents dans l'effectif du Souscripteur et ayant choisi d'adhérer au contrat au 1^{er} octobre 2025.

Pour les agents qui demandent leur adhésion au contrat postérieurement au 1^{er} octobre 2025, la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif est le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives nécessaires.

Toutefois, la date de prise d'effet de l'adhésion est la date d'embauche de l'agent si celle-ci est postérieure au 1^{er} octobre 2025 et si l'agent demande son adhésion au 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 1^{er} 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.b 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 application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin.

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 9 et 10 des conditions générales.

Article 4 - Changement de formule

Le changement du niveau des garanties est possible une fois par an sous réserve d'une période préalable d'adhésion au niveau de couverture d'une année.

La prise d'effet d'une demande de hausse du niveau des garanties intervient au 1er jour du mois suivant la réception par la Mutuelle du formulaire dûment complété par le membre participant.

Le formulaire de baisse du niveau des garanties dûment complété doit être adressé à la Mutuelle par le membre participant avant le 31 juillet de l'année en cours pour une prise d'effet au 1er octobre.

Si l'agent est en arrêt de travail, le changement de niveau de garantie n'est possible qu'après une reprise de deux mois d'activité continus.

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 7 de la notice d'information ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 60 de la présente notice d'information ;
- en cas de cessation d'activité pour le membre participant admis à faire valoir ses droits à la retraite ;
- au 1^{er} jour du mois suivant le 62^{ème} anniversaire du membre participant pour la garantie Invalidité ;
- au 1^{er} jour du mois suivant le 67^{ème} anniversaire du membre participant pour les garanties Incapacité temporaire totale de travail, Capital Décès, Invalidité Permanente et Absolue, Capital Education, Capital Education double effet, Rente Survie Enfant Handicapé, Frais d'obsèques ;
- à la date du décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur ou la Mutuelle.

Dans tous les cas, le terme des garanties 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 Evvin », 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 21 des conditions générales.

DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

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

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 mois 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.

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 :

INTÉRIALE – 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.

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 1^{er} 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 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 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 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 les garanties « Capital Décès », « Invalidité Permanente et Absolue », « Capital Education », « Rente Survie enfant handicapé », « Allocation frais d'obsèques », ne sont pas garanties par le 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 1^{ère} année d'adhésion), sauf si le membre participant était précédemment garanti par un

contrat de même nature depuis plus d'un an, sous réserve que le capital garanti par le nouveau contrat soit inférieur ou égal au capital constitutif garanti par l'ancien contrat, et que la radiation de l'ancien contrat et l'adhésion au 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.

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 :

INTÉRIALE
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.

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE 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 maladie ordinaire (CMO), d'un congé longue maladie (CLM) ou d'un congé grave maladie (CGM), ou d'un congé de longue durée (CLD), en cours de validité de leur adhésion au contrat.

Le ou les jours de carence applicables aux arrêts de travail prévus par le régime de base du membre participant ne sont pas couverts au titre du présent contrat.

Le congé maladie ordinaire est celui prévu à l'article L. 822-1 du Code général de la fonction publique et à l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat.

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.

Le congé de longue durée est celui prévu à l'article L. 822-12 du Code général de la fonction publique.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout membre participant qui, avant la liquidation de sa pension de retraite et avant le 1^{er} jour du mois suivant son 67^{ème} anniversaire.

- 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 contrat collectif.

La présente garantie a également pour objet de couvrir le temps partiel thérapeutique des agents contractuels de droit public et de droit privé dont la rémunération n'est pas maintenue intégralement par l'employeur si ce temps partiel thérapeutique est octroyé à l'issue d'un congé de grave maladie ou s'il est octroyé sans arrêt de travail préalable.

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 le versement de prestations venant en complément de sa rémunération réduite, lui permettant de percevoir le produit de la base de garantie par le taux de couverture prévu aux conditions particulières du contrat, correspondant à l'option de garantie additionnelle choisie.

La prestation est servie après déduction, le cas échéant, des sommes versées par l'employeur et les régimes de Sécurité sociale, ainsi que par la Mutuelle au titre du contrat collectif relatif aux garanties interministérielles.

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 30^{ème} 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 maladie ordinaire

La Mutuelle verse sa prestation au membre participant, en complément du maintien de sa rémunération par son employeur public à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail sur une période de référence continue ou discontinuée en cas de congé de maladie ordinaire visé à l'article L.822-1 du CGFP.

b) 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 du 27^{ème} jour d'arrêt de travail sur une période de référence continue ou discontinuée en cas de congé de longue maladie visé à l'article L.822-12 du CGFP.

c) Congé de longue durée

La Mutuelle verse sa prestation au membre participant, en complément du maintien de sa rémunération par son employeur public à compter de la 4^{ème} année d'arrêt de travail sur une période de référence continue ou discontinuée en cas de congé de longue durée visé à l'article L.822-12 du CGFP.

d) 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 discontinuée 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

a) Congé de maladie

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 quatre mois ;
du 91^{ème} jour d'arrêt de travail sur une période de référence continue ou discontinuée pour les agents

contractuels dont l'ancienneté est supérieure ou égale à 4 mois.

b) 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 discontinuée 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 maladie ordinaire (CMO), d'un congé longue maladie (CLM) ou d'un congé grave maladie (CGM), ou d'un congé de longue durée (CLD), 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 CMO, CLM, CGM, CLD du membre participant ou le temps partiel thérapeutique du membre participant contractuel de droit public ou de droit privé et au plus tard jusqu'à :

a 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 CMO, CLM, CGM, CLD ou temps partiel thérapeutique des membres participants contractuels de droit public et de droit privé,
- 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,
- au 1^{er} jour du mois suivant le 67^{ème} anniversaire 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.

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 le 1^{er} jour du mois suivant leur 62^{ème} 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 62 ans, quel que soit le taux d'invalidité ;
- Pour les agents contractuels : justifier d'un classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité au sens de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale.

Toute disponibilité d'office à titre transitoire dans l'attente 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, 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 :

Les niveaux de couverture en fonction de chaque option additionnelle sont indiqués en Annexe de la présente notice d'information.

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 ;
- Pour les agents contractuels : à compter de la date d'attribution d'une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Article 30 - Terme du service de la prestation

, 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 ;
- au 1^{er} jour du mois suivant le 62^{ème} anniversaire du membre participant.

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 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale,
- 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.

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE

Article 32 - Objet et définition de la garantie

La Garantie Invalidité Permanente et Absolue a pour objet le versement d'un capital au membre participant en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) 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 au 1er jour du mois suivant leur 67^{ème} anniversaire.

Article 33 - Prestations de la garantie Invalidité Permanente et Absolue

a. Base de garantie

La base de garantie pour la garantie Invalidité Permanente et Absolue est identique à celle définie pour la garantie Incapacité temporaire totale de travail, à l'article 23.a. de la présente notice

b. Montant de la prestation

Le montant du capital garanti est égal au produit du taux de couverture prévu en annexe par la base de garantie définie au a. ci-dessus, évaluée à la date du sinistre.

Article 34 - Pièces à fournir en cas de sinistre

a) Pièces à fournir

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital IPA. A l'appui de la demande, le membre participant fournit les pièces suivantes :

- la notification de la Sécurité sociale ou l'avis de la Conseil médical octroyant une majoration de pension pour assistance d'une tierce personne,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- un certificat médical établi par le médecin du membre participant
 - o précisant l'affection à l'origine de l'invalidité permanente absolue et la date de la perte définitive d'autonomie,
 - o décrivant les actes de la vie quotidienne que le membre participant ne peut plus effectuer sans l'assistance d'une tierce personne,
 - o 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.

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.

GARANTIE CAPITAL DECES

Article 35 - 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 au 1er jour du mois suivant leur 67^{ème} anniversaire.

Article 36 - Prestations de la garantie Capital Décès

a. Base de garantie

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 au produit du taux de couverture prévu en annexe par la base de garantie définie au a) ci-dessus, évaluée à la date du sinistre.

Article 37 - Bénéficiaires de la prestation

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 :

- o au conjoint du membre participant, non divorcé, non séparé de corps par un jugement définitif par jugement passé en force de chose jugée ;
- o à défaut au cocontractant d'un PACS du membre participant ;
- o à défaut au concubin notoire du membre participant ;
- o à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- o à défaut, et par parts égales entre eux, aux ascendants au 1^{er} degré du membre participant, et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant ;
- o 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 38 - 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 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 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français disponible au 1^{er} 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 39 - 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 :
 - o 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.
 - o 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,
 - o Partenaire de PACS désigné uniquement par sa qualité : un extrait d'acte de naissance ou une copie intégrale de l'acte de naissance,
 - o Enfants ou héritiers désignés uniquement par leur qualité : une copie de l'acte de notoriété,
 - o Ascendants du 1^{er} 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,
 - o 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 39bis – 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 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 contrat.

GARANTIES CAPITAL EDUCATION ET CAPITAL EDUCATION DOUBLE EFFET

Article 40 – Objectif et définition des garanties

La garantie « Capital éducation » est une garantie complémentaire à la garantie « Capital Décès ».

Sous réserve des exclusions définies à la présente notice, le montant du capital est versé aux enfants à charge, tels que définis au Chapitre I des conditions générales, si, au cours de la période de couverture, le membre participant décède avant la liquidation de sa pension de retraite et au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant son 67^{ème} anniversaire.

La garantie « Capital Education double effet » a pour objet le versement d'un capital complémentaire aux enfants à charge (tels que définis) en cas de décès du conjoint, partenaire de PACS ou concubin du membre participant, survenu simultanément ou dans les douze (12) mois qui suivent le décès du membre participant, si ces enfants sont encore à la charge du conjoint, partenaire de PACS ou concubin au jour de son décès.

Article 41 – Montant de la prestation

a. Base de garantie

La base de garantie des garanties « Capital Education » et « Capital Education double effet » est le PMSS.

b. Montant des prestations

Les montants des prestations « Capital Education » et « Capital Education double effet » sont indiqués en Annexe 1.

Article 42 – Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la garantie « Capital Education » sont les enfants à charge du membre participant tels que définis au Chapitre I du contrat au jour du décès.

Les bénéficiaires de la garantie « Capital Education double effet » sont les enfants à charge ayant eu droit au Capital Education et toujours à la charge du conjoint, partenaire de PACS ou concubin du membre participant au jour de son décès.

Article 43 – Règlement de la prestation

Conformément à l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, 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 au

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 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français disponible au 1^{er} 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 44 - Pièces à fournir en cas de sinistre

A l'appui de la demande, le (ou les) bénéficiaire(s) fourni(ssent) les pièces suivantes :

- Un acte de décès du membre participant,
- Une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès,
- Une copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une photographie du (ou des) bénéficiaire(s) : 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,
- La dernière déclaration de revenus du membre participant,
- Copie intégrale du livret de famille du membre participant,
- Un Relevé d'Identité Bancaire du (ou des) bénéficiaire(s).

Pour la garantie « Capital Education double effet », le (ou les) bénéficiaire(s) fourni(ssent) les pièces complémentaires suivantes :

- un acte de décès du conjoint, partenaire de PACS ou concubin du membre participant,
- la dernière déclaration de revenus du conjoint, partenaire de PACS ou concubin du membre participant,
- une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès.

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.

Article 44bis – Maintien des garanties « Capital Education » et « Capital Education double effet » en cas d'arrêt de travail

Les garanties « Capital Education » et « Capital Education double effet » sont maintenues en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du 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 du contrat.

GARANTIE RENTE SURVIE ENFANT HANDICAPE

Article 45 - Objet et définition de la garantie

La garantie « Rente survie enfant handicapé » est une garantie complémentaire à la garantie « Capital Décès ».

La garantie « Rente survie enfant handicapé » a pour objet le versement d'une rente viagère au bénéfice de l'enfant handicapé du membre participant au sens du Chapitre I des conditions générales, en cas de décès du membre participant survenant avant la liquidation de sa pension de retraite et au plus tard au 1er jour du mois suivant son 67^{ème} anniversaire.

Article 46 - Montant de la prestation

a. Base de garantie

La base de garantie de la garantie « Rente survie enfant handicapé » est le PMSS.

b. Montant des prestations

Le montant de la « Rente survie enfant handicapé » est fixé en annexe de la présente notice d'information.

Article 47 - Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la prestation « Rente survie enfant handicapé » sont les enfants handicapés du membre participant tels que définis

Article 48 - Règlement de la prestation

Le droit à rente est acquis dès le lendemain du décès du membre participant et ce, jusqu'au décès du bénéficiaire.

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère, payable mensuellement et à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. Au décès du bénéficiaire, le dernier versement est calculé prorata temporis.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production, au 1^{er} janvier de chaque année, d'une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie du Bénéficiaire ou, à défaut, d'une copie de la pièce d'identité du Bénéficiaire en cours de validité, datée, signée et certifiée conforme par le Bénéficiaire ou son représentant légal.

Article 49 - Terme du service de la prestation

Le versement de la rente cesse au jour où le bénéficiaire décède ou ne remplit plus les conditions lui permettant de bénéficier de la présente garantie.

Article 50 - Pièces à fournir en cas de sinistre et délai de versement des prestations

a) Pièces à fournir

A l'appui de la demande, le (ou les) bénéficiaire(s) fourni(ssent) les pièces suivantes :

- Un acte de décès du membre participant,
- Une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès,
- Tout document justifiant de l'éligibilité à l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 du Code de la sécurité sociale ou à l'allocation mentionnée à l'article L. 541-1 du même code,
- Un Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée, au nom du Bénéficiaire et, le cas échéant, l'extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal.

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.

Article 50bis – Maintien de la garantie « Rente survie enfant handicapé » en cas d'arrêt de travail

La garantie « Rente survie enfant handicapé » en cas d'arrêt de travail est maintenue en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du 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 du contrat.

GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Article 51 - Objet et définition de la garantie

La garantie Frais d'obsèques a pour objet de garantir le versement d'une allocation forfaitaire en vue de participer au financement des frais d'obsèques, en cas de décès du membre participant actif, survenu avant le 1^{er} jour du mois qui suit son 67^{ème} anniversaire.

Article 52 - Conditions d'octroi

L'allocation frais d'obsèques est versée à l'occasion du décès du membre participant actif.

Article 53 - Bénéficiaires

En premier lieu, le bénéficiaire de la garantie est la personne physique ou morale qui a engagé les frais liés aux obsèques des assurés, ou l'organisme de pompes funèbres mandaté pour l'organisation des funérailles des assurés dans la limite des frais engagés.

Si les frais d'obsèques de l'assuré ont été engagés par plusieurs personnes, l'allocation obsèques sera versée à l'ensemble des débiteurs au prorata des sommes avancées.

Le cas échéant, la part de l'allocation non affectée aux frais d'obsèques revient, à défaut d'une désignation expresse par l'assuré lors de l'adhésion ou ultérieurement, notamment par acte sous seing privé ou authentique, en cas de prédécès du ou des bénéficiaires désignés, ou en cas de difficulté d'interprétation de la désignation expresse, aux bénéficiaires ci-dessous :

- 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 1^{er} 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.

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

Article 54 - Montant de l'allocation

Le montant de la garantie « Allocation frais d'obsèques » est indiqué en Annexe 1

Le montant versé ne peut excéder le montant prévu aux conditions particulières et le montant versé ne peut excéder les frais engagés.

Article 55 - Règlement de la prestation

Conformément à l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, 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 bénéficiaire, afin de lui

(ou leur) demander de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement de la prestation. 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 63 des 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, l'allocation forfaitaire garantie au bénéficiaire 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 1^{er} novembre de l'année précédente,
- Soit le dernier taux moyen des emprunts (ou TME) de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

La Mutuelle revalorise l'allocation forfaitaire garantie 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 56 - Pièces à fournir en cas de sinistre

La demande de versement de l'allocation frais d'obsèques devra être faite par écrit et envoyée à la Mutuelle, accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- un acte de décès de l'assuré,
- tout document justifiant de la qualité de bénéficiaires,
- une copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une photographie du bénéficiaire : 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 copie de la (ou des) facture(s) acquittée(s) au titre des obsèques,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du (des) Bénéficiaire(s).

MODALITES DE GESTION

Article 57 - Assiette de la cotisation mutualiste

Pour les garanties Incapacité, Invalidité et Invalidité Permanente et Absolue et Capital décès :

- Pour les fonctionnaires : le dernier traitement indiciaire brut (TIB) mensuel, y compris la dernière nouvelle bonification indiciaire (NBI) mensuelle brute et le dernier complément de traitement indiciaire (CTI) mensuel brut, ainsi que les dernières primes et indemnités mensuelles brutes ;

- Pour les agents contractuels de droit public et de droit privé : la dernière rémunération mensuelle brute.

Pour les garanties « Capital Education », « Capital Education double effet », « Rente survie enfant handicapé », « Frais d'obsèques » : le PMSS.

Article 58 - 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 l'annexe

Article 59 - 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.

La cotisation est acquittée directement par le membre participant par prélèvement mensuel effectué sur son compte bancaire.

Article 60 - 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 le 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.

Article 61 – Garanties et services complémentaires

- 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.

- Assistance aide aux aidants

La Mutuelle peut faire bénéficier ses membres participants de garanties d'aide aux aidants, assurées par IMA ASSURANCES, dont les modalités sont définies en Annexe 3 du présent contrat.

Le montant mensuel de la cotisation afférente au service d'aide aux aidants à l'emploi est fixé à hauteur de 0,01% de la base de cotisation de la Garantie Prévoyance.

Annexe 1 – Prestations

	Option 1*	Option 1*	Option 2	Option 2
	Variante A	Variante B	Variante C	Variante D
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)				
Maladie Ordinaire A l'exclusion des périodes de franchise	80 % de l'assiette de rémunération	100 % de l'assiette de rémunération	80 % de l'assiette de rémunération	100 % de l'assiette de rémunération
Longue Maladie / Grave Maladie				
1 ^{ère} année	100 % de l'assiette de rémunération	100 % de l'assiette de rémunération	100 % de l'assiette de rémunération	100 % de l'assiette de rémunération
2 ^{ème} et 3 ^{ème} année	85 % de l'assiette de rémunération	90 % de l'assiette de rémunération	85 % de l'assiette de rémunération	90 % de l'assiette de rémunération
Congé Longue Durée	80 % de l'assiette de rémunération	80 % de l'assiette de rémunération	80 % de l'assiette de rémunération	80 % de l'assiette de rémunération
INVALIDITE				
Capital Invalidité Permanente et Absolue	70 % de l'assiette de rémunération	180 % de l'assiette de rémunération	70 % de l'assiette de rémunération	180 % de l'assiette de rémunération
Rente Invalidité				
1 ^{ère} Catégorie	60 % de l'assiette de rémunération	60 % de l'assiette de rémunération	50 % de l'assiette de rémunération	50 % de l'assiette de rémunération
2 ^{ème} Catégorie	90 % de l'assiette de rémunération	90 % de l'assiette de rémunération	80 % de l'assiette de rémunération	80 % de l'assiette de rémunération
3 ^{ème} Catégorie	90 % de l'assiette de rémunération, majorée de 40 % pour tiers aidant	90 % de l'assiette de rémunération, majorée de 40 % pour tiers aidant	80 % de l'assiette de rémunération, majorée de 40 % pour tiers aidant	80 % de l'assiette de rémunération, majorée de 40 % pour tiers aidant
DECES				
Capital	170 % de l'assiette de rémunération	280 % de l'assiette de rémunération	170 % de l'assiette de rémunération	280 % de l'assiette de rémunération
Capital Education	3 PMSS / enfant à charge	3 PMSS / enfant à charge	3 PMSS / enfant à charge	3 PMSS / enfant à charge
Double Effet	1,5 PMSS / enfant à charge	1,5 PMSS / enfant à charge	1,5 PMSS / enfant à charge	1,5 PMSS / enfant à charge
Rente de survie pour enfant handicapé (par an)	0,6 PMSS / enfant à charge	0,6 PMSS / enfant à charge	0,6 PMSS / enfant à charge	0,6 PMSS / enfant à charge
Frais d'obsèques	1 PMSS	1,5 PMSS	1 PMSS	1,5 PMSS

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale

*Non ouvertes aux titulaires

Annexe 2 – Cotisations

Tarifs mensuels

	Garanties additionnelles en complément des garanties complémentaires			
	Option additionnelle 1		Option additionnelle 2	
	Variante A	Variante B	Variante C	Variante D
Incapacité temporaire de travail (ITT) <i>% du traitement de référence</i>	0,61%	0,97%	0,53%	0,94%
Invalidité <i>% du traitement de référence</i>	0,24%	0,23%		
Invalidité permanente et Absolue <i>% du traitement de référence</i>	0,03%	0.07%	0 ,01%	0,06%
Décès				
Capital <i>% du traitement de référence</i>	0,14%	0,34%	0,09%	0,28%
Capital Éducation <i>% du traitement de référence</i>	0,07%	0,07%	0,05%	0,06%
Double effet <i>% du traitement de référence</i>				
Rente de survie pour enfant handicapé <i>% du traitement de référence</i>				
Frais d'obsèques <i>% du traitement de référence</i>				
Autres garanties				
Assistance aide aux aidants (dont téléassistance) <i>% du traitement de référence</i>	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%

Annexe 3 – Convention d'Assistance Aide aux aidants

Préambule

Les garanties d'aide aux aidants sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

IMA ASSURANCES intervient à la suite d'une sollicitation provenant de l'action sociale d'Intérieure, qui donne préalablement son accord.

Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Saint Pierre & Miquelon, Polynésie Française, Nouvelle Calédonie).

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

- ✓ si le domicile de l'aidé est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine
- ✓ si le domicile de l'aidé est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'aidé.

Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander tout justificatif utile à la mise en œuvre des garanties d'assistance dont notamment :

- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé,
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation,
- d'un certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant,
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant.

DÉFINITIONS

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

♦ ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

♦ AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :

- le changement de catégorie de l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),

- ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

♦ AIDANT

Le membre participant qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

Et/ou

Le proche qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie du membre participant et qui n'est pas salarié pour cette aide.

IMA ASSURANCES n'interviendra que pour l'aidant principal déclaré par la famille lors du premier appel.

♦ AIDÉ

Le membre participant ou le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

♦ BENEFICIAIRE

Le membre participant ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et ascendants directs.

♦ BESOIN DE RÉPIT

Besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'aidant, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle. Le besoin de répit est constaté par certificat médical.

♦ DOMICILE

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

Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

♦ FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Saint Pierre & Miquelon, Polynésie Française, Nouvelle Calédonie).

♦ HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

♦ HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

♦ IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

♦ MALADIE

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

♦ MEMBRE PARTICIPANT

Toute personne ayant adhéré à l'offre des agents du Ministère de la Justice et bénéficiant de l'Action sociale lui donnant accès à l'aide aux aidants.

◆ PERTE D'AUTONOMIE

Etat d'une personne qui relève des droits :

- à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4
- ou Invalidité catégorie 1, 2 et 3

◆ PROCHE

- Conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin,
- Ascendants directs ou descendants directs du membre participant ou de son conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin,
- Frères, sœurs, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, beau-frère ou belle-sœur, du membre participant ou de son conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin,
- Toute personne apportant une aide humaine à un membre participant en perte d'autonomie.

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'aide aux aidants s'appliquent :

- lorsque le membre participant devient aidé ou aidant ;
- en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé ;
- en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible de l'aidant entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile ;
- en cas de besoin de répit de l'aidant ;
- en cas de décès de l'aidant.

1.2 INTERVENTION

Délai de demande d'aide

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'aide portant sur les garanties décrites aux articles 6.2, 6.3, 6.4 et 8.2, 8.3, 8.4 « GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE, D'IMMOBILISATION IMPREVUE OU DE DECES DE L' Aidant » doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou le décès de l'aidant. Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile ou auxiliaire de vie prévue à l'article 6.1 et 8.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'évènement. Passé ce délai, un décompte est effectué sur le plafond accordé et la garantie est mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8ème jour, la garantie est alors plafonnée à 22 jours.

Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du

logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. **IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES en outre-mer, 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.

2. CONSEILS ET ACCOMPAGNEMENTS

2.1 RECHERCHE MÉDECIN, INFIRMIÈRE, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

2.2 INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...).

2.3 INFORMATIONS MÉDICALES

Un professionnel de santé communique par téléphone ou via une solution digitale, dans un délai de 3 jours, des informations médicales en matière de santé et prévention sur les thèmes suivants :

- à la perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux,
- aux voyages, vaccins, médicaments, hygiène, alimentation,
- aux loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques

Les informations fournies de nature documentaire ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription. De plus en cas d'urgence médicale le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence.

2.4 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en cas d'événements ressentis comme traumatisants, selon la situation :

Pour les bénéficiaires majeurs : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et/ou jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
Pour les bénéficiaires mineurs : jusqu'à 5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 24h sur 24.

2.5 BILAN SOCIAL

Dès les premiers signes de la perte d'autonomie

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan personnalisé réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques. Réalisation d'un diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance
Aide à la réflexion et à la décision
Envoi d'une note de synthèse
Si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions, et le suivi des actions mises en œuvre.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement. Cette garantie est limitée à 2 bilans sur 12 mois.

À l'issue de ce bilan et si la situation le nécessite, deux accompagnements, complémentaires sont mis en place parmi la liste de garanties ci-dessous :

- Nutrition prévention santé ;
- Bilan situationnel au téléphone par un ergothérapeute ;
- Bilan mobilité ;
- Accompagnement budgétaire.

2.5.1 NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés, plus particulièrement :

pour prévenir les risques liés à l'alimentation : dénutrition, problèmes de déglutition, de mastication...
des conseils et des réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires chez les personnes dépendantes et le maintien du plaisir de manger...

Un bilan nutritionnel peut être réalisé, à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

La garantie est accessible suite au bilan social réalisé par un travailleur social.

2.5.2 BILAN SITUATIONNEL AU TÉLÉPHONE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute. Cette garantie prend en compte l'évaluation à distance de la situation de la personne dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule, ...), ne nécessitant pas une intervention sur site.

Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de la personne : personne en situation de fragilité, sortie d'hospitalisation, de SSR (soins

de suite et de réadaptation), immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'aidant...

- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.
- Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales...).

À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts... pour permettre la mise en œuvre effective.

Cette prestation répond à la problématique du bénéficiaire direct et à celle de ses aidants non professionnels à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

La garantie est accessible suite au bilan social réalisé par un travailleur social

2.5.3 COACHING MOBILITÉ

Dès les premiers signes de la perte d'autonomie

IMA ASSURANCES prend en charge, sur présentation d'un justificatif de paiement et dans la limite de 400€ TTC, des séances pour favoriser la mobilité de l'aidé dans une salle de sport ou une association sportive, en visio ou à domicile.

Cette garantie s'applique en une seule fois sur une période de 12 mois.

2.5.4 ACCOMPAGNEMENT BUDGETAIRE

IMA ASSURANCES propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois.

La garantie est accessible suite au bilan social réalisé par un travailleur social.

3. GARANTIES MAINTIEN A DOMICILE PROPOSEES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

3.1 BILAN ERGOTHERAPIE AU DOMICILE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.

L'ergothérapeute recueille des informations sur la situation de la personne et de ses proches (capacités, priorités, habitudes de vie, environnement...), et analyse les besoins. Il recherche et préconise des solutions organisationnelles et/ou gestuelles adaptées, des aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide humaine/animale...

En présence d'un aidant, il fournit des conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide harmonieuse et pérenne, pour aider à l'acquisition des gestes et postures pour la manutention des personnes et la réalisation des activités du quotidien, et pour apprendre à utiliser les aides techniques.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

3.2 SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE (Hors Outre-Mer)

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES se met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement), un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par événement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

3.3 TÉLÉassistance

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge du membre participant. Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

4. GARANTIES MAINTIEN A DOMICILE PROPOSEES EN CAS D'INSTALLATION DE L'aide chez l'aidant ou de l'aidant chez l'aidé

4.1 BILAN ERGOTHERAPIE AU DOMICILE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.

L'ergothérapeute recueille des informations sur la situation de la personne et de ses proches (capacités, priorités, habitudes de vie, environnement...), et analyse les besoins. Il recherche et préconise des solutions organisationnelles et/ou gestuelles adaptées, des aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide humaine/animale...

En présence d'un aidant, il fournit des conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide harmonieuse et pérenne, pour aider à l'acquisition des gestes et postures pour la manutention des personnes et la réalisation des activités du quotidien, et pour apprendre à utiliser les aides techniques.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

4.2 SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE (Hors Outre-Mer)

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES se met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement), un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par événement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

4.3 AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

4.4 NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans le mois qui suit le déménagement, dans la limite des 24 mois suivant l'événement.

5. GARANTIES EN CAS DE NON MAINTIEN AU DOMICILE (Placement en institution)

5.1 AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.
Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

5.2 NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans le mois qui suit le déménagement, dans la limite des 24 mois suivant l'événement.

6. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE L'AIDANT

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- *une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'aidant,*
- *OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'aidant.*

IMA ASSURANCES, organise et prend en charge sur une durée maximum de 30 jours les garanties suivantes :

6.1 AUXILIAIRE DE VIE ou AIDE À DOMICILE

La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors week-end et jours fériés),
OU

La venue d'une aide à domicile, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. 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 (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé).

6.2 LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE

- Un transport aller - retour en train ou en avion d'un proche en France par train 1ère classe ou avion classe économique,
- OU
- Un transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros aller / retour.

6.3 SERVICES DE PROXIMITÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

♦ Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à 1

livraison par évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

♦ Portage de repas

1 livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de préparer les repas pour l'aidé ou de les faire préparer par l'entourage*. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

♦ Portage d'espèces

1 transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
OU bien

1 portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque l'aidant ou l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer.

La garantie est limitée à 1 portage par évènement.

La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai de 30 jours.

♦ Livraison de courses

1 livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'aidant, ni l'un de ses proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

♦ Coiffure à domicile

1 déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'aidant ou l'aidé, a besoin de soin de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

6.4 TÉLÉASSISTANCE

IMA ASSURANCES organise et prend charge la mise en place d'un service de téléassistance au domicile du bénéficiaire, comprenant les frais d'accès et la maintenance d'un transmetteur de télalarme au domicile, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge du membre participant.

Cette garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'évènement.

7. GARANTIES EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties ci-dessous.

Ces garanties sont mises en œuvre dans la limite d'un besoin de répit de l'aidant par an.

7.1 AUXILIAIRE DE VIE ou AIDE À DOMICILE

La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors week-end et jours fériés),
OU

La venue d'une aide à domicile, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 40 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé). Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. La planification des heures déjà accordée par IMA ASSURANCES ne pourra être modifiée lors des appels ultérieurs.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

7.2 LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE

- Un transport aller - retour en train ou en avion d'un proche en France par train 1ère classe ou avion classe économique,
- OU
- Un transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros l'aller / retour sur 12 mois suivant l'événement.

7.3 SERVICES DE PROXIMITÉ

♦ Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à 2 livraisons sur 12 mois suivant l'événement.

Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

♦ Portage de repas

2 livraisons d'un pack de 5 à 7 jours de repas réparties sur 12 mois suivant l'événement*.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

♦ Portage d'espèces

2 transports aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
OU bien

2 portages d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €.

dans les 12 mois suivant l'événement.

La garantie est limitée à 1 portage par événement.

La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai de 30 jours.

♦ Livraison de courses

2 livraisons réparties sur 12 mois suivant l'événement. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

♦ Coiffure à domicile

2 déplacements d'un coiffeur au domicile dans les 12 mois suivant l'événement, lorsque l'aidant ou l'aidé a besoin de soin de coiffure. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

8. GARANTIES EN CAS DE DECES DE L'AIDANT

8.1 AUXILIAIRE DE VIE ou AIDE À DOMICILE

La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors week-end et jours fériés),
OU

La venue d'une aide à domicile, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. 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 (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé) réparties sur une période maximale de 30 jours. Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. La planification des heures déjà accordée par IMA ASSURANCES ne pourra être modifiée lors des appels ultérieurs.

8.2 BILAN SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge 1 bilan social réalisé par téléphone avec un Travailleur Social. Il recueille et évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de la personne dépendante en prenant en compte sa ou ses problématiques, son environnement et ses attentes pour proposer la ou les solutions les mieux adaptées à sa situation personnelle et identifier les actions prioritaires à mettre en place

Par exemple, il peut :

Aider au choix du lieu de vie,
Rechercher et communiquer les aides financières possibles,

Aider à la mise en place de l'organisation la plus pertinente pour répondre à la problématique
Identifier les actions prioritaires à mettre en place, ...

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés de 8h30 à 17h, dans la limite de 3 entretiens téléphoniques répartis dans les 12 mois qui suivent l'évènement.

A l'issue des entretiens, une note de synthèse et si nécessaire des fiches pratiques sont adressées au bénéficiaire.

8.3 ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEPLACEMENTS

Pour permettre à l'Aidé d'effectuer des démarches et formalités (banque, poste, pharmacie...) IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 4 transports aller/retour en taxi ou VSL non médicalisé dans la limite totale de 250 €.

Cette garantie doit être effectuée dans les 12 mois suivant la déclaration de décès de l'aidant.

8.4 NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'intervention au domicile de l'aidé de professionnels pour nettoyer le logement quitté suite au placement en établissement dans la limite de 500 €. Le service est accessible pendant une période de 30 jours suivant le déménagement, dans les 12 mois suivant le décès de l'aidant.

Cette garantie est mise en œuvre en cas de décès de l'aidant entraînant le placement en établissement de l'aidé.

9. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

9.1 FAUSSE DECLARATION

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

9.2 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, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

9.3 REFUS DU BENEFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA ASSURANCES étant dégagé de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

9.4 EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatologiques et gériatriques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,

liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences,

De même sont exclues :

- les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou celles résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

10. VIE DU CONTRAT

10.1 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité de l'offre référencée des agents du Ministère de la Justice souscrite auprès d'INTÉRIALE et sous réserve de l'accord de l'Action sociale.

10.2 RÉSILIATION

Les garanties d'aide aux aidants cessent de plein droit en cas de résiliation de l'offre référencée des agents du Ministère de la Justice souscrite auprès d'INTÉRIALE, pour tout événement survenu ultérieurement, ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par INTÉRIALE auprès d'IMA ASSURANCES.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

10.3 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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 adressés 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.

10.4 PROTECTION DES DONNÉES 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, tout ou partie des 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 du souscripteur et, le cas échéant des bénéficiaires du contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la souscription et l'application du contrat ainsi qu'au suivi de la relation contractuelle ;
- des informations nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance ;
- des données de localisation des personnes ou des biens : dans ce contexte, un service de géolocalisation du terminal mobile, soumis à l'accord préalable du bénéficiaire, peut être proposé afin de mettre en œuvre plus efficacement les prestations d'assistance. En tout état de cause, les trajets ne sont pas tracés ;
- des données médicales pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat ou la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Ces données sont utilisées :

- au titre de l'exécution contractuelle pour :
- la souscription et la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats et en particulier la fourniture des prestations d'assistance ;
- l'exercice des recours ainsi que la gestion des réclamations et des contentieux ;
- dans l'intérêt légitime du responsable de traitement, sauf opposition du bénéficiaire aux coordonnées mentionnées après :
- l'élaboration de statistiques, d'études techniques et d'analyses marketing, notamment pour optimiser les processus métiers, améliorer l'expérience bénéficiaire en optimisant le parcours client, fournir des offres plus adaptées au marché et suivre la qualité des services rendus ;
- les opérations relatives à la gestion clients et notamment le suivi de la relation (ex : passation d'enquête de satisfaction, enregistrement des appels) ;

- le lancement de campagnes de prévention (ex : alertes liées à la survenance d'intempéries) ;
- dans le cadre des obligations légales ;
- la mise en œuvre de dispositifs en matière de lutte contre la fraude. En cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude peut être réalisée ;
- la réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, le traitement de surveillance des contrats peut aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la loi en la matière ;
- le déploiement de dispositif de lutte contre la corruption ;
- la gestion des demandes des droits (accès, opposition...).
- Ces données peuvent être transmises ou accessibles aux entités suivantes, ayant besoin d'en connaître et dans la limite de leurs attributions respectives :
 - aux distributeurs et prestataires en charge de la gestion du portefeuille client ;
 - aux prestataires chargés de l'exécution des prestations d'assistance ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires. Certains prestataires d'assistance peuvent avoir la qualité de responsable de traitement ; ils collectent et traitent alors les données personnelles dont ils sont destinataires conformément à leur propre politique de confidentialité ;
 - aux sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques ;
 - aux entités du Groupe IMA intervenant en qualité de sous-traitant pour les finalités visées ci-dessus ;
 - aux syndicats et fédérations professionnels pour les opérations pilotées par ou à l'initiative de ces organismes ;
 - à Intérieure à des fins de reporting d'activité, à l'exception des éventuelles données médicales et sauf opposition notifiée aux coordonnées ci-dessous.

En outre, elles peuvent faire l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs. Dans ce cadre, les données sont destinées au personnel habilité de l'ALFA, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire). Pour l'exercice des droits dans le cadre de ce traitement, le bénéficiaire peut contacter l'ALFA, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

Elles sont susceptibles d'être accessibles depuis des pays tiers à l'Union Européenne dans le cadre d'opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Dans le cas où le bénéficiaire fournit des informations sur des tiers, le bénéficiaire s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini au présent article.

Des enregistrements ou double-écoutes sont réalisés sur une partie des appels à destination des services d'assistance dans le cadre de :

- la montée en compétence des collaborateurs ;
- le suivi du conseil et de la qualité de la relation client ;
- la constitution d'éléments factuels exploitables dans le cadre de la prévention et la résolution des litiges, contentieux et précontentieux ;
- la protection des collaborateurs en cas d'agressions verbales et incivilités à leur rencontre ;
- la réalisation d'expérimentations en lien avec les objectifs de management et de suivi de la qualité ainsi qu'autour d'analyses des conversations via des techniques d'intelligence artificielle ;
- la gestion des demandes d'exercice de vos droits ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption.

Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées et sont susceptibles d'être transmis et/ou accessibles par les prestataires techniques intervenant dans la mise en place et l'analyse des conversations téléphoniques. 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 contractuelle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques. Les enregistrements sont conservés pour une durée de six mois, sauf en cas de contentieux où ils sont conservés pour la durée du contentieux et jusqu'à l'expiration des voies de recours.

Pour les finalités soumises à consentement, le bénéficiaire peut, à tout moment, le retirer auprès du Délégué à la Protection des Données aux coordonnées ci-dessous. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Dans les conditions prévues par la loi, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, aux coordonnées suivantes : IMA GIE - Direction des Affaires Juridiques – Déléguée à la Protection des Données - 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

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.

10.5 SANCTIONS INTERNATIONALES

Les garanties sont suspendues lorsqu'une interdiction de mettre en œuvre une prestation ou de payer une somme d'argent s'impose à IMA ASSURANCES du fait d'une mesure restrictive financière ou commerciale décidée par tout État ou une organisation internationale/supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé.

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

En cas de réclamation, 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 suivant son envoi, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

Si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, 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.

