

CONDITIONS GENERALES MGP 2020

TERRI COLL INCLUSION

Contrat n° N°74.1.M.0000012.000994

Souscrit au 1^{er} janvier 2022

PREAMBULE

Il a été conclu par la MUTUELLE FAMILIALE sise 52 Rue d'Hauteville 75487 PARIS CEDEX 10 - dénommée dans ce qui suit « le Souscripteur », une convention d'assurance de groupe à adhésion obligatoire avec la MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE, personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la Mutualité et immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660 - 39 rue du Jourdil - 74960 ANNECY - dénommée ci-après « la Mutuelle », dont la distribution est confiée au Souscripteur.

La convention est régie par le Code des Assurances et le Code de la Mutualité, les présentes conditions générales et particulières ainsi que les bulletins d'adhésion remis aux Adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle Générale de Prévoyance est : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09

DEFINITIONS

Accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et résultant de l'action soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Ainsi, ne sont pas considérés comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisés comme des maladies les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales et tout accident vasculaire cérébral, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement, les lombagos, les sciatiques, les éventrations, les hernies.

L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus et impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

Adhérent

Personne physique ayant fait acte d'adhésion à la garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion et qui s'engage à payer la cotisation. L'adhérent est également un Assuré.

Assuré

Personne physique admise à la Mutuelle et sur la tête de laquelle repose le contrat

Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations liées au contrat qui lie le membre participant à la mutuelle.

En cas de décès de l'Assuré, le capital est versé au(x) Bénéficiaire(s) indiqué(s) sur la demande d'adhésion ou désigné(s) ultérieurement par l'Assuré. L'Assuré peut modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le Bénéficiaire qui la rend irrévocable. La désignation de Bénéficiaire(s) peut en outre être effectuée par acte sous-seing privé ou par acte authentique. Lorsque le Bénéficiaire est

nommément désigné, l'Assuré peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

Les conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire sont les suivantes :

L'Assuré doit donner son accord préalable à toute acceptation du bénéficiaire du contrat par la personne désignée. L'acceptation peut prendre la forme, soit d'un avenant signé de la MUTUELLE, de l'Assuré et du Bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous-seing privé signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et notifié à la MUTUELLE.

L'acceptation du Bénéficiaire rend sa désignation irrévocable et aucune modification du contrat ne pourra être effectuée sans son accord.

A défaut de désignation de Bénéficiaire(s) ou si la désignation faite s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement de l'Assuré au moment de l'exigibilité du capital garanti ou au cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité, à défaut à ses enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Conditions Générales

Mode d'emploi, et règles qui régissent le contrat.

Conditions Particulières

Contrairement aux Conditions Générales, les Conditions Particulières sont personnelles. Elles définissent les garanties choisies.

Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e), non séparé de corps par un jugement définitif, non séparé de fait.

Délai d'attente

Période durant laquelle la garantie n'est pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au bulletin d'adhésion.

Concubin

Est désignée comme concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Enfant à charge

Sont désignés comme enfants à charge les enfants de l'adhérent ou les enfants qu'il a recueillis :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- s'ils sont âgés de moins de 25 ans, s'ils poursuivent des études (apprentissage y compris) ;
- Si avant leurs 21 ans, ils sont devenus titulaires de la carte d'invalidité civile et bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé
- L'enfant de l'adhérent né viable moins de 180 jours après le décès de ce dernier.

Incapacité Totale Temporaire (ITT)

L'incapacité Totale Temporaire est définie par l'incapacité physique de l'assuré, à la suite d'une maladie ou d'un accident constaté médicalement, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit.

Incapacité Totale et Permanente 3^{ème} catégorie (ITP)

L'invalidité totale et permanente 3^{ème} catégorie est définie par l'impossibilité absolue et définitive de l'assuré, à la suite d'une maladie ou à un accident, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Incapacité Permanente et Partielle (IPP)

L'incapacité Permanente et Partielle est définie par un taux exprimant l'importance des séquelles qui subsisteront définitivement et qui diminuent la capacité physique de la personne qui a subi un accident

Partenaire lié par un PACS

Est désignée comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité.

Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants de l'adhérent, effectivement à la charge de l'adhérent au sens fiscal, le conjoint de l'adhérent n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.

Rechute

La rechute s'entend par l'arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail, ceci étant justifié par un certificat médical.

CHAPITRE 1 : CONVENTION ENTRE LE SOUSCRIPTEUR ET LA MUTUELLE

ARTICLE 1. OBJET

Les dispositions de la présente convention déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties dans un cadre collectif au profit des membres participants de la personne morale souscriptrice, défini à l'article 8 « Groupe titulaire de la garantie » ci-dessous. À défaut de dérogations expresse, la convention régit les relations entre la Mutuelle, la personne morale souscriptrice et le membre participant.

La présente convention a pour but de faire bénéficier le groupe titulaire de la garantie d'un contrat collectif Prévoyance à caractère obligatoire.

La présente convention a pour objet de garantir aux agents répertoriés par le souscripteur sur l'état nominatif du personnel à assurer, le versement de prestations lors de la réalisation des risques Incapacité de Travail.

ARTICLE 2. DATE D'EFFET

La présente convention prend effet à la date indiquée aux conditions particulières, sous réserve qu'elle ait été renvoyée signée dans un délai de 6 semaines suivant sa réception. A défaut, elle sera considérée comme nulle et non avenue et ne pourra ainsi produire aucun effet juridique.

ARTICLE 3. DUREE ET RENOUVELLEMENT

La présente convention est annuelle et expire le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité

ARTICLE 4. MODIFICATIONS DES GARANTIES

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

La Mutuelle se réserve le droit de solliciter la modification des garanties en cours d'année, un avenant à la convention est alors établi.

La preuve de la remise de la notice d'information et des informations relatives aux modifications apportées à la présente convention, incombe au souscripteur.

ARTICLE 5. CESSATION

La Convention cesse :

- ↳ En cas de résiliation à l'initiative du Souscripteur ou de la Mutuelle, si elle est signifiée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité au-moins deux mois avant le 1er janvier.
- ↳ En cas de disparition du Groupe titulaire.

ARTICLE 6. SOUSCRIPTION ET ADHESION

Souscription

Le contrat collectif revêt un caractère obligatoire.

La souscription du présent contrat précise l'engagement du souscripteur dans le cadre collectif.

Adhésion

L'adhésion est l'opération par laquelle les membres du groupe titulaire, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé, souscrivent à la Mutuelle au titre de la garantie établie dans le cadre de la signature d'un contrat collectif obligatoire, souscrit auprès de la Mutuelle par une personne morale.

Le souscripteur est tenu de fournir à la Mutuelle, pour chaque agent, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu'elle fixe et de remettre à ce dernier un bulletin d'adhésion ainsi qu'une notice d'information précisant les clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- ↳ la date d'adhésion,
- ↳ les conditions d'entrée en vigueur de la garantie
- ↳ le montant des prestations

Les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge seront clairement indiquées au bulletin d'adhésion. La Mutuelle se réserve le droit, le cas échéant de soumettre le demandeur d'adhésion à une visite médicale.

ARTICLE 7. MEMBRES PARTICIPANTS

Le Souscripteur est tenu de fournir à la Mutuelle, pour chaque personne concernée, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu'elle fixe.

ARTICLE 8. GROUPE TITULAIRE DE LA GARANTIE

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- ↳ être une personne physique âgée d'au-moins 18 ans et de 67 ans au plus, à la date d'adhésion, en activité ou non
- ↳ résider en France (hors Territoire d'Outre-Mer)
- ↳ être adhérent à une garantie Santé de la Mutuelle du Pays Martégal.
- ↳ bénéficié du Statut de la Fonction Public Territoriale

L'adhésion repose sur les déclarations de l'Adhérent et la bonne foi des parties.

ARTICLE 9. AUTORITE DE CONTROLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentielle et résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE 2 : ADHESION DU MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 10. DATE D'EFFET, DUREE ET CESSATION DE L'ADHESION

Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion du membre participant est à effet au jour de son adhésion à la couverture Santé et sous réserve du règlement de sa cotisation.

Durée et Renouvellement de l'adhésion

Les présentes garanties sont indissociables de l'offre Santé proposée par le Souscripteur.

En cas de résiliation par l'adhérent ou la Mutuelle du Pays Martégal de la garantie Santé, pour quelque raison que ce soit, les présentes garanties seront elles-mêmes résiliées.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse :

- ↳ en cas de dénonciation de la présente convention par le Souscripteur ou la Mutuelle à l'échéance annuelle, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité (dans ce cas le Souscripteur s'engage à en informer chaque Adhérent et la Mutuelle s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de la résiliation),
- ↳ dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à l'effectif assurable défini à l'article 8 « GROUPE TITULAIRE DE LA GARANTIE »,
- ↳ à la date d'ouverture de droits de la pension de retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 67^{ème} anniversaire
- ↳ en cas de décès de l'Adhérent, La résiliation n'ouvre droit à aucune restitution des cotisations versées. Aucune prestation ne peut être servie après la date de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

ARTICLE 11. RECLAMATIONS ET MEDIATION

Reclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance
Service réclamations
39 Rue du Jourdil
CS 99050 – Cran-Gevrier
74992 ANNECY cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables,

- ↳ soit une réponse définitive,
- ↳ soit un accusé de réception si la demande nécessite une consultation du directeur de la mutuelle,
- ↳ soit un accusé de réception avec une demande de pièces complémentaires.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante : Mutuelle Générale de Prévoyance

A l'attention du Médiateur

39 Rue du Jourdil
CS 99050 – Cran-Gevrier
74992 ANNECY cedex 9

Ou à l'adresse suivante : mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties en litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

ARTICLE 12. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
 - 2° 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 de l'adhérent, 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 l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du l de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire ».

ARTICLE 13. SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à

concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place de l'adhérent assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

ARTICLE 14. CONTROLE MEDICAL

La Mutuelle se réserve la faculté de faire examiner le membre participant par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties ou de leur reconduction.

Si le résultat de l'examen est contesté par le médecin du membre participant, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager. À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence de la Mutuelle, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du membre participant.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont à la charge de l'organisme assureur dès lors que la contestation de la Mutuelle n'est pas entièrement admise par l'expertise, ils sont à la charge du membre participant dans le cas contraire.

Si le membre participant se refuse à un contrôle ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, le droit aux prestations est suspendu après envoi par la Mutuelle, par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception, d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre participant.

Si par principe, la Mutuelle intervient en complément des statuts régissant la Fonction Publique Territoriale ou des prestations de la Sécurité Sociale, elle n'est pas tenue par la qualification de l'incapacité, de l'invalidité donnée par ces organismes, si le contrôle médical diligenté par ses soins conclut à la capacité du membre participant de reprendre le travail, à une invalidité de catégorie différente ou à un pourcentage d'incapacité différent.

ARTICLE 15. FAUSSE DECLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité.

Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie sera sanctionnée conformément aux dispositions de l'article L 221-15 du même code.

ARTICLE 16. ELECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution des contrats collectifs et bulletins d'adhésion établis en application des présentes conditions générales, le Souscripteur doit faire obligatoirement l'élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union européenne.

Si le Souscripteur a un siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat ou du bulletin d'adhésion notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

ARTICLE 17. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr. Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenay – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

ARTICLE 18. DETERMINATION DE LA COTISATION A L'ADHESION

Les cotisations sont déterminées en fonction, soit d'une cotisation forfaitaire exprimée en Euros, soit d'un taux appliqué sur une assiette de calcul de cotisations.

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au Traitement Indiciaire Brut, assorti de la NBI, et éventuellement, suivant l'option choisie, du régime indemnitaire.

Si ces dispositions venaient à être modifiées en cours d'année, la Mutuelle procèdera sans délai à une révision des cotisations après avoir informé le Souscripteur de ses modalités

(augmentation, date d'effet et incidences du refus éventuel).

ARTICLE 19. REVISION DES COTISATIONS

Révision de la cotisation

À tout moment, sur décision de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, les cotisations peuvent être modifiées.

Le montant des cotisations est révisable et adaptable chaque année en fonction des résultats techniques. Le Souscripteur et l'Assuré sont informés de toute modification apportée.

Si ces dispositions venaient à être modifiées en cours d'année, la Mutuelle procéderait sans délai à une révision des cotisations après avoir informé le Souscripteur et l'Assuré de ses modalités (augmentation, date d'effet et incidences du refus éventuel).

ARTICLE 20. PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation afférente au présent contrat est gérée par le Souscripteur

Sauf dispositions contraires, les cotisations sont payables mensuellement dans les quinze jours suivant la date d'échéance mentionnée sur l'appel de cotisations

Chacun des paiements doit être accompagné d'un état nominatif des agents adhérents, et comportant le numéro de Sécurité Sociale, l'assiette ou les assiettes servant de base de calcul de la cotisation pour la période concernée, ainsi que le taux de cotisation appliqué.

Le Souscripteur est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation, et ce quelle qu'en soit la cause, y compris la part salariale éventuelle.

ARTICLE 21. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle met en demeure le Souscripteur par lettre recommandée avec accusé de réception, de régler les cotisations à payer et l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Les garanties ne peuvent être suspendues que trente jours après la mise en demeure.

Sans règlement dans un délai de 40 jours après la mise en demeure, la Mutuelle peut décider de résilier le contrat.

Passé le délai de quarante jours précités, la Mutuelle peut mettre en œuvre toute procédure contentieuse pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par le Souscripteur.

CHAPITRE 4 : GARANTIES

ARTICLE 22. DEFINITION DES GARANTIES

La définition des garanties, l'assiette et le règlement, la cessation et les conditions de versement des prestations sont définies dans les conditions générales et particulières.

Lorsqu'il est fait référence aux prestations de la sécurité sociale, il faut entendre les prestations versées par les régimes obligatoires de base avant prélèvements de la CSG et de la CRDS.

Suivant la législation applicable aux Assurances Collectives, les prestations versées peuvent être soumises à charges sociales.

Les exclusions figurent dans les Conditions Générales et les exclusions particulières dans les contrats d'adhésion ou conditions particulières, encadrées et suffisamment apparentes.

ARTICLE 23. OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

Date d'effet des garanties

La garantie du membre participant est à effet au jour de son adhésion à la couverture Santé et sous réserve du règlement de sa cotisation.

Il peut être expressément prévu des délais de stage pour le bénéficiaire de tout ou partie des prestations. Ces délais sont fixés dans les conditions particulières de la convention.

En tout état de cause, ces délais ne s'appliquent pas si les personnes concernées peuvent justifier d'avoir été couvertes par des garanties équivalentes avant leur adhésion à la Mutuelle. Tout changement doit être signalé à la Mutuelle par le Souscripteur : état civil, domicile, naissance, décès, adhésion et radiation du contrat Santé à la mutuelle souscriptrice.

Suspension des garanties

La garantie de l'agent est suspendue de plein droit si l'arrêt d'activité est supérieur à un mois, dans les cas suivants :

- ↪ congé pour convenances personnelles,
- ↪ congé parental d'éducation,
- ↪ périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité,
- ↪ congé sans solde,
- ↪ congé de formation.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'agent sous réserve que la cotisation soit réglée.

Cessation des garanties

Les garanties cessent

- ↪ à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat d'adhésion,
- ↪ à la date à laquelle l'agent ne remplit plus les conditions ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur,
- ↪ à la date à laquelle l'agent ne répond plus aux conditions d'attribution de la prestation,
- ↪ en cas de non-paiement des cotisations,
- ↪ à la date de liquidation de la pension retraite de l'agent et au plus tard à l'âge légal fixé par les textes en vigueur,
- ↪ en cas de cessation de l'adhésion,
- ↪ au décès de l'agent,

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la décision de résiliation de l'adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Maintien des garanties

En cas de rupture de la présente convention ou de l'adhésion du membre participant, la Mutuelle continuera de servir les indemnités journalières en cours de service, et ce jusqu'à extinction des droits. Cependant, elles ne seront plus revalorisées.

ARTICLE 24. EXCLUSIONS

La Mutuelle ne prend pas en charge les risques résultants :

↪ **des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le code de la mutualité en temps de guerre ;**

↪ **de la participation volontaire de l'adhérent à un acte : de terrorisme, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, de guerre civile ou étrangère, de sabotage, de rixe (sauf cas de légitime défense), d'agression ou crime ;**

↪ **de la participation volontaire du bénéficiaire à un crime ;**

↪ **de mutilation ou de blessure volontaire ; de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;**

↪ **des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ; de la pratique de tous sports à titre professionnel.**

ARTICLE 25. LITIGES MEDICAUX DANS LE CADRE D'UNE PRESTATION

En cas de contestation, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'Adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle.

Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

ARTICLE 26. CONTENU DES GARANTIES

En cas de réalisation d'un risque ouvrant droit à indemnisation, l'adhésion au présent contrat garantit le versement d'une prestation en cas d'Incapacité Temporaire de Travail est bénéficiaire des prestations dues, l'agent lui-même.

Le présent contrat n'offre pas de valeur de rachat et une personne ne peut avoir plusieurs adhésions en cours.

La garantie s'exerce dans le monde entier.

L'invalidité totale et permanente, l'incapacité permanente et partielle, le décès ou l'hospitalisation survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat ne sont pas garantis.

ARTICLE 27. TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

Le salaire de référence est précisé aux conditions particulières de la présente convention et est constitué :

- soit du traitement indiciaire brut (TIB)
- soit du traitement indiciaire brut (TIB) et soit du traitement indiciaire brut (TIB) et de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) ;
- soit du traitement indiciaire brut (TIB), de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) et du régime indemnitaire (RI).

Il appartient à l'agent ou à l'employeur d'informer la mutuelle de tout changement de traitement indiciaire, ce dernier servant de base de calcul à la cotisation et aux prestations.

Seules seront prises en compte les primes susceptibles d'être réduites pour cause d'absence maladie de l'agent. Les heures supplémentaires, les astreintes, les primes de dimanches, nuits et jours fériés et les remboursements de frais sont exclus du salaire de référence

Pour les agents à temps partiel, le traitement de référence correspond à celui déclaré au 1^{er} jour de l'arrêt et ce, jusqu'à la reprise d'activité.

ARTICLE 28. REVALORISATION

Les prestations servies par la Mutuelle seront revalorisées le 1^{er} janvier de chaque année. Cette revalorisation sera calculée par référence à l'évolution de la valeur de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée d'un 1^{er} janvier à l'autre dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de la Mutuelle. Ne donneront lieu à revalorisation que les prestations servies depuis au moins 6 mois.

ARTICLE 29. JUSTIFICATIFS EN CAS D'INDEMNISATION

Le montant des prestations à charge de la Mutuelle figure au bulletin d'adhésion.

Les justificatifs à produire :

- ↪ une demande d'indemnités journalières,
- ↪ le bulletin de paie sur lequel est porté la perte de traitement,
- ↪ le bulletin de paie précédant le mois de l'arrêt,
- ↪ le détail des arrêts de travail payés à plein traitement sur les 12 mois précédents l'arrêt de travail,
- ↪ les décomptes des périodes indemnisées

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut être amenée à demander tout autre document complémentaire permettant le versement des prestations en cas d'impossibilité de confirmation des conditions à réunir nécessaires au-dit versement.

ARTICLE 30. PRORATISATION DE LA GARANTIE

Les adhérents ne pouvant justifier d'une couverture identique auprès d'un autre organisme verront leurs droits à prestations proratisés pour des arrêts de travail effectués ou nés au cours de la première année d'adhésion. Chaque période d'activité donne droit à un crédit d'indemnisation (en jours) égal au nombre de jours correspondant aux périodes d'activité de la première année d'adhésion. Exemple : 4 mois d'activité donnent droit à 120 jours d'indemnisation.

A l'issue de la première année, les prestations sont intégralement et définitivement accordées dès lors que :

- l'adhérent justifie de 12 mois consécutifs d'adhésion n'ayant donné lieu à aucune indemnisation de la part de la Mutuelle en maladie ordinaire,
- et que l'adhérent justifie de 12 mois consécutifs d'adhésion n'ayant donné lieu à aucun maintien de salaire à plein traitement en position de longue maladie, grave maladie, maladie longue durée, mi-temps thérapeutique, maternité, invalidité, accident de travail ou maladie professionnelle.

A défaut, les prestations demeureront proratisées jusqu'à l'atteinte des 12 mois consécutifs sans indemnisation.

ARTICLE 31. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

La garantie a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières aux agents momentanément dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, et perçoivent à ce titre un demi-traitement de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, et ou des indemnités du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale

L'agent est considéré en état d'incapacité temporaire totale s'il se trouve dans l'incapacité physique constatée médicalement d'exercer toute activité professionnelle.

Période de couverture

Pour les agents titulaires à temps complet ou non, ou stagiaires :

Point de départ : le 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

Pour les agents affiliés au Régime Général (agents de droit privé) :

En fonction de l'ancienneté, la garantie prend effet au plus tôt le 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et cesse au plus tard le 1095^e jour.

Date limite :

Maladie Ordinaire : 365e jour d'arrêt de travail continu

Longue Maladie : 1095e jour d'arrêt de travail

Maladie Longue Durée :

- contractée hors service, 1825e jour d'arrêt,
- contractée au cours de l'exercice des fonctions, 2920e jour d'arrêt.

Grave maladie :

- Pour les agents titulaires à temps non complet : 1095e jour d'arrêt de travail
- Pour les agents auxiliaires : 1095e jour d'arrêt de travail
- Pour les agents de droit privé : 1095e jour d'arrêt de travail.

Conformément à l'article 4 du décret n° 87-602 du 30.07.87, le paiement des prestations est suspendu :

- Si l'adhérent ne peut justifier, au-delà des 6 premiers mois d'arrêt de travail consécutifs, qu'une demande de prolongation de maladie a été déposée auprès du Comité médical départemental.
- Si l'adhérent ne se rend pas à l'expertise diligentée par le Comité Médical et que ce dernier rend un avis à surseoir
- Si l'adhérent ne justifie pas, dans un délai de 2 mois, de la prolongation de son congé de longue maladie ou de maladie de longue durée ou tout autre cas nécessitant l'avis du comité médical ou de la commission de réforme.

La couverture des risques Maladie Ordinaire, Longue Maladie, Maladie Longue Durée, Grave Maladie, Régime Indemnitaire ou Disponibilité d'Office cesse dès lors que l'agent atteint l'âge prévu par la loi pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Montant des prestations

Le paiement de ces prestations s'effectue dans le strict respect des statuts régissant la fonction territoriale. La prestation est exprimée y compris les différents régimes obligatoires et statutaires. La prestation est calculée sur la base du salaire net de référence du dernier bulletin de salaire précédent l'arrêt, sauf pour les agents horaires pour qui la prestation sera calculée sur la base des 3 derniers mois précédant l'arrêt.

Les indemnités journalières sont calculées et versées selon les termes et le salaire de référence définis aux conditions particulières du présent contrat.

Règle de cumul :

Le montant des indemnités journalières versées par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique, ne peut excéder le montant que l'adhérent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité.

En cas de dépassement de cette limite, la Mutuelle réduit le versement de ses indemnités à due concurrence de ce montant.

Suspension des prestations

Conformément à l'article 4 du décret n° 87-602 du 30.07.87, le paiement des prestations est suspendu :

Si l'adhérent ne peut justifier, au-delà des 6 premiers mois d'arrêt de travail consécutifs, qu'une demande de prolongation de maladie a été déposée auprès du Comité médical départemental.

Si l'adhérent ne se rend pas à l'expertise diligentée par le Comité Médical et que ce dernier rend un avis à surseoir

Si l'adhérent ne justifie pas, dans un délai de 2 mois, de la prolongation de son congé de longue maladie ou de maladie de longue durée ou tout autre cas nécessitant l'avis du comité médical ou de la commission de réforme.

Cessation des prestations

La couverture des risques Maladie Ordinaire, Longue Maladie, Maladie Longue Durée, Grave Maladie, Régime Indemnitaire ou Disponibilité d'Office cesse dès lors que l'agent atteint l'âge prévu par la loi pour bénéficier d'une retraite à taux plein.