Solimut Mutuelle de France
RÈGLEMENT MUTUALISTE
CONTRAT PROTEC'TER PRÉVOYANCE

Approuvé par le Conseil d'Administration du 14 décembre 2023
CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ

Solimut Mutuelle de France

GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES 03

Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle 03
Article 2 : Objet de la garantie 03
Article 3 : Conditions d'adhésion 03
Article 4 : Formalités d'adhésion 03
Article 5 : Population assurée 03
Article 6 : Prise d'effet de la garantie 04
Article 7 : Renouvellement, modification, suspension et résiliation de l'adhésion 04
Article 7-1 : Renouvellement 04
Article 7-2 : Modification de garantie 04
Article 7-3 : Résiliation 05
Article 8 : Droit de Renonciation 05
Article 8-1 : Vente à distance 05
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance 05
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile 05
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine 06
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle 06

TITRE 2. COTISATIONS 06

Article 10 : Montant des cotisations 06
Article 11 : Détermination des cotisations 06
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations 07
Article 13 : Révision des cotisations 07
Article 14 : Remboursement des cotisations 07
Article 15 : Incident de paiement 07
Article 16 : Défaut de paiement 07

TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE 07

Article 17 : Traitement de référence 07
Article 17-1 : Pour les agents de droit public 08
Article 17-2 : Pour les agents de droit privé 08

TITRE 4. GARANTIES 08

Article 18 : Définitions des garanties 08
Article 18-1 : Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire) 08
Article 18-2 : Option maintien de primes (régime indemnitaire) 10
Article 18-3 : Invalidité permanente 10
Article 18-4 : Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente 11
Article 18-5 : Capital Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie 11
Article 19 : Garantie en inclusion 12
Article 20 : Territorialité 12
Article 21 : Risques exclus 12
Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties 12
Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties 12
Article 22 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours 12
Article 23 : Cessation des garanties 12

TITRE 5. PRESTATION 13

Article 24 : Montant des prestations 13
Article 25 : Règlement des prestations 13
Article 25-1 : Incapacité, invalidité 13
Article 25-2 : Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) 13
Article 25-3 : Prélèvements à la source 13
Article 25-4 : Crédit d'indemnisation 14
Article 26 : Revalorisation des prestations en cours de service 14
Article 27 : Principe indemnitaire 14
Article 28 : Pièces à fournir 14
Article 28-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion 14
Article 28-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations 14
Article 28-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives 15
Article 29 : Cessation du versement des prestations 15
Article 30 : Prestations indues 15
Article 31 : Avis des instances médicales 15
Article 32 : Contrôle médical 15

TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES 16

Article 33 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours 16
Article 34 : Subrogation 16
Article 35 : Fausse déclaration 16
Article 35-1 : Fausse déclaration intentionnelle 16
Article 35-2 : Fausse déclaration non intentionnelle 16
Article 36 : Réclamation 16
Article 37 : Médiation 16
Article 38 : Prescription 16
Article 39 : Protection des données personnelles 17
Article 40 : Opposition au démarchage téléphonique 17
Article 41 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme 18
Article 42 : Autorité de contrôle 18

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

L'adhérent peut bénéficier des garanties suivantes :

- Incapacité Temporaire Totale De Travail - Maintien de salaire ;
- Invalidité Permanente (si l'option est souscrite) ;
- Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente (si l'option est souscrite) ;
- Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - PTIA (si l'option est souscrite) ;
- Maintien de primes (si l'option est souscrite).

Les garanties souscrites par l'adhérent sont mentionnées sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent Règlement Mutualiste, les agents exerçant effectivement leur activité au sein de la Fonction Publique Territoriale, étant âgés de plus de 18 ans et de moins de 68 ans. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.

En tout état de cause, les personnes ayant atteint l'âge de cessation des garanties tel que prévu à l'article «Cessation des garanties» ne peuvent adhérer au présent règlement mutualiste.

Ne peut adhérer à la présente couverture :

- L'agent ayant un contrat de travail à durée déterminée (CDD) d'une durée inférieure ou égale à six mois,
- L'agent en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture.
- L'agent en temps partiel thérapeutique.

L'adhésion couvre uniquement l'activité professionnelle exercée au bénéfice de l'employeur mentionné sur le bulletin d'adhésion. Lorsque l'agent a plusieurs employeurs, il est nécessaire d'effectuer une adhésion par employeur, en remplissant un bulletin d'adhésion distinct, afin d'être intégralement couvert en cas de sinistre.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle. **Le questionnaire médical est une formalité d'adhésion obligatoire pour toutes les demandes d'adhésion.**

Pour avoir la possibilité d'adhérer via le questionnaire médical simplifié, la couverture précédente de l'agent doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- La couverture précédente doit prévoir à minima les mêmes garanties que la couverture que l'agent souhaite souscrire auprès de Solimut Mutuelle de France, y compris concernant le régime indemnitaire. Ainsi, les définitions des garanties ne doivent pas être plus restrictives que celles établies dans le présent Règlement Mutualiste.
- Le niveau des prestations de la précédente couverture doit être, a minima, égal au niveau des prestations choisies dans le cadre du présent Règlement Mutualiste, y compris concernant le régime indemnitaire.
- Il doit y avoir une continuité de couverture entre la date de la résiliation de l'ancienne couverture et la nouvelle adhésion auprès de Solimut Mutuelle de France.

Si l'agent bénéficie d'une couverture remplissant l'ensemble des conditions précédemment énoncées, il doit alors fournir à la Mutuelle :

- Une attestation de couverture émanant de l'ancien organisme assureur concerné, formalisant les garanties ainsi que le niveau des prestations souscrites antérieurement,
- Une quittance de paiement des cotisations,
- Un certificat de radiation.

En tout état de cause, l'agent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical, ou le cas échéant le questionnaire simplifié, remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- Accepter l'adhésion sans réserve ;
- Émettre des réserves médicales, un avenant lui sera alors adressé pour tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle ;
- Refuser l'adhésion.

En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai maximal de 2 mois à réception du dossier complet. A défaut, la demande d'adhésion est réputée refusée. En cas d'acceptation avec réserves médicales, l'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil, pour accepter l'adhésion. À défaut, l'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue. Par conséquent, l'adhérent devra remplir un nouveau questionnaire médical s'il souhaite réitérer sa demande d'adhésion.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France ou dans un pays frontalier.

L'adhésion pour le compte d'un tiers est strictement interdite dans le cadre du présent règlement mutualiste en dehors du cadre légal des majeurs protégés.

Le présent Règlement Mutualiste décrit les garanties et les prestations qui seront accordées à la personne physique qui adhère à cette couverture labellisée dans le cadre du Décret n°2011-1474 du 08/11/2011 et de ses arrêtés.

Cette couverture labellisée permettra à l'agent territorial, dont l'employeur participe à la protection sociale complémentaire, de bénéficier de sa participation.

L'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion. À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.
L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle.

- Concernant les adhésions sans formalités médicales : L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion sous réserve de la réception par la Mutuelle du dossier complet, à savoir notamment les pièces indispensables à l'ouverture des droits listées dans le bulletin d'adhésion. La date renseignée par la Mutuelle sur le bulletin d'adhésion est au plus tôt le lendemain de la signature du bulletin d'adhésion. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de la garantie est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.
- Concernant les adhésions avec formalités médicales, la date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1er jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle. Le cachet de la poste fait foi.

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, l'adhésion prendra effet au plus tard le 1er jour du 3ème mois suivant l'envoi du questionnaire de santé par l'adhérent.

Pour toutes les adhésions quelles que soient les formalités d'adhésions, toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

La date de prise d'effet du versement des prestations est en principe la même que la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas :

- De délai de stage / délai de carence : il s'agit de la période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, ou s'applique de manière limitée, bien que l'adhérent cotise. Sous réserve de l'encaissement effectif des premières cotisations par la Mutuelle, la date d'effet de l'adhésion est le point de départ pour le calcul du délai de stage. **Les éventuels délais de stage sont mentionnés dans le tableau de garantie.**
- De délai de franchise : il s'agit de la période suivant la date du sinistre pendant laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant, les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise. Le délai de franchise est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail. **Le délai de franchise retenu par l'adhérent est mentionné dans le bulletin d'adhésion.**

ARTICLE 7 : RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf en cas de résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification concernant sa situation professionnelle, notamment en cas de changement d'employeur. Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Modification de garantie

L'adhérent ne doit pas être en arrêt de travail au jour de sa demande de changement de formule et/ou de garantie.

La demande de changement de formule ou du niveau de prestation à la baisse peut être adressée à tout moment pour une prise d'effet le 1er jour du mois suivant. En cas d'envoi postaux, le cachet de la poste fait foi.

La demande de changement de formule ou du niveau de prestation à la hausse doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours. Le changement du niveau de prestation d'une garantie à la hausse ne sera effectif qu'à l'issue d'un stage de 12 mois à compter de la date de demande. Par conséquent, en cas de réalisation d'un dommage pendant la période de stage, le montant de l'indemnisation sera déterminé en fonction des garanties souscrites précédemment au changement de garantie.

Concernant le changement de formule à la hausse, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. **L'ajout effectif de garantie est subordonné à l'acceptation du médecin conseil de la Mutuelle**. En cas de refus du médecin conseil, seules les garanties précédemment souscrites pourront faire l'objet d'une prestation.

Pour tout changement de produit de Protec'ter I ou II à Protec'ter III, la demande peut être adressée à tout moment pour une prise d'effet le 1er jour du mois suivant. Ce changement est considéré comme un changement de formule à la hausse, nécessitant le respect des conditions énoncées aux deux paragraphes ci-dessus.

- Concernant la modification de l'option Maintien de Primes (à la hausse ou à la baisse)

Pendant toute la durée de l'adhésion, l'adhérent a la possibilité d'ajouter, de modifier, ou de supprimer l'option Maintien de Primes, à effet du 1er jour du mois suivant la demande, uniquement en cas de :
> Changement de collectivité impactant le maintien employeur du régime indemnitaire ;
> Changement du maintien employeur dans le cadre du régime indemnitaire ;
> Changement de catégorie de l'agent.

Un justificatif de changement de situation devra être remis à la Mutuelle. **Pour toute autre motif entrainant une modification de l'option primes, la demande doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante.**

Pour modifier l'option Maintien de Primes à la hausse, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :
> Accepter la modification,
> Refuser la modification.

- Questionnaire médical

Le cas échéant, lorsque la Mutuelle demande à l'adhérent de remplir ou faire remplir par son médecin traitant un questionnaire médical, l'adhérent doit le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

La Mutuelle pourra, le cas échéant, refuser ce changement de garantie ou exclure du champ des garanties de nouvelles pathologies. En cas d'acceptation, un bulletin d'adhésion modificatif indiquant la date de prise d'effet de la demande, devra être signé par l'adhérent. En tout état de cause, en cas de demande de modification de garantie par courrier, le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

L'adhérent devra renvoyer à la Mutuelle le formulaire prévu à cet effet à l'adresse postale suivante :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Article 7-3 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1er janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdura donc jusqu'au 31 décembre inclus.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.
En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

> « Je soussigné, ... (Nom/Prénom), demeurant ..... (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le ..... (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
> Fait à..... le..... signature.

Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception ou de l'envoi recommandé électronique, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

■ Modalité d'exercice :

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

› Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

› Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

> «Je soussigné .... (Nom, prénom) ... demeurant ..... (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le ..... auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
> Fait à..... le..... signature».

■ Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraine pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour ou l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

> « Je soussigné, ... (Nom/Prénom), demeurant ..... (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le ..... (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
> Fait à..... le..... signature.

■ Les effets du droit de renonciation

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

Le Règlement Mutualiste applicable est le Règlement Mutualiste en vigueur au jour du fait générateur entraînant la prise en charge du sinistre par la Mutuelle. L'indemnisation s'effectuera selon les conditions prévues au sein de ce Règlement Mutualiste.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. La cotisation sera appelée différemment selon l'éventuel mode de participation de l'employeur. En cas d'adhésion à effet du 1er janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou règlementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

La cotisation est calculée sur le Traitement de Référence Brut (TRB). Le TRB est constitué du Traitement Indiciaire Brut (TIB) et de la Nouvelle Bonification Indiciaire Brut (NBIB). Elle est toujours appelée sur le traitement plein, y compris lorsque l'agent est en demi-traitement pour raison médicale.

Si la Collectivité maintient le régime indemnitaire (RIB), tel que défini à l'article 18.2 du présent règlement mutualiste, dans les mêmes conditions que la rémunération en cas d'arrêt de travail, l'agent peut ajouter cette garantie optionnelle et la cotisation sera alors calculée sur le TIB+NBIB+RIB. Dans tous les autres cas, il convient de se reporter au tableau « Couverture de la perte du régime indemnitaire ».

De plus, les taux de cotisations sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

- La tranche d'âge : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion le montant des cotisations peut évoluer en fonction de l'âge. Le montant des cotisations, établi par tranche d'âge, est révisable, en fonction de l'évolution démographique et des résultats de l'ensemble des contrats individuels.
- Le niveau de garantie ainsi que les éventuelles options.

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Le traitement de référence servant de base à la prestation perte de retraite ne comportant pas le régime indemnitaire, la cotisation correspondant à cette garantie ne sera donc pas appelée sur le régime indemnitaire.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1er janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre. De plus, la cotisation peut être acquittée par chèque annuellement sans fractionnement possible. Si l'adhérent choisit de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié en France.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure);
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venue à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra adresser une demande à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation, et régler l'arriéré de ses cotisations. Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien adhérent radié de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations, ou ayant demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférent est subordonnée à l'acceptation par la Mutuelle. Cette nouvelle adhésion ne pourra être effective qu'après régularisation des sommes dues à la Mutuelle, si l'action n'est pas prescrite, conformément aux dispositions de l'article «Prescription» du présent règlement. Cette adhésion sera considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion, aucune demande d'adhésion rétroactive n'étant acceptée.

TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

ARTICLE 17 : TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

Le traitement de référence permet de déterminer la base de calcul des cotisations et des prestations. Le traitement varie :

- Selon que l'adhérent soit agent de droit public, ou agent de droit privé ;
- Et si l'option « Maintien de primes » a été souscrite, en fonction du mode d'indemnisation du régime indemnitaire choisi par l'adhérent.

En tout état de cause le traitement de référence prend en compte uniquement les rémunérations versées par l'employeur mentionné sur le bulletin d'adhésion.
NB : le traitement de référence brut ne comprendra la couverture du régime indemnitaire choisi que dans le cadre des formules 2, 3,4, 5 et 6 et si l'option Maintien de primes a été choisie par l'adhérent (franchise et pourcentage d'indemnisation du Régime indemnitaire).

Article 17.1 : Pour les agents de droit public

■ Base de calcul des cotisations : Traitement de Référence Brut

Le Traitement de Référence Brut (TRB) est la somme des éléments de rémunération suivants :
- Traitement Indiciaire Brut (TIB) ;
- Nouvelle Bonification Indiciaire Brute (NBIB : Majoration indiciaire octroyée par l'employeur public lorsque le poste de l'agent ouvre droit à la NBI) ;
- Régime Indemnitaire Brut (RIB) si l'option « Maintien de primes » a été souscrite.

Les cotisations sont toujours calculées et appelées sur la totalité du Traitement de Référence Brut, **y compris lorsque l'agent, en arrêt de travail, ne perçoit qu'un demi-traitement de sa collectivité employeur.**

■ Base de calcul des prestations : Traitement de Référence Net

Le Traitement de Référence Net (TRN) est la somme des éléments de rémunération suivants :
- Traitement Indiciaire Net (TIN) ;
- Nouvelle Bonification Indiciaire Nette (NBIN) ;
- Régime Indemnitaire Net (RIN) si l'option « Maintien de primes » a été souscrite.

L'adhérent doit choisir le mode d'indemnisation en fonction des règles fixées par sa collectivité employeur portant notamment sur la franchise, et du pourcentage du maintien du régime indemnitaire qu'il a choisi conformément à l'article « Option maintien de primes : régime indemnitaire ».

L'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au Traitement de Référence Net, tel que défini ci-dessus, que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité à la date de mise en jeu de la garantie.

Article 17.2 : Pour les agents de droit privé

■ Base de calcul des cotisations : Traitement de Référence Brut

Le Traitement de Référence Brut de l'adhérent correspond à sa rémunération brute annuelle. La rémunération peut être reconstituée sur 12 mois lorsque l'adhérent n'a pas 12 mois d'ancienneté. Les cotisations sont toujours calculées et appelées sur la totalité du Traitement de Référence Brut, y compris lorsque l'agent, en arrêt de travail, ne perçoit qu'un demi-traitement de sa collectivité employeur ou les indemnités journalières de son régime obligatoire d'Assurance Maladie.

■ Base de calcul des prestations : Traitement de Référence Net

Le traitement de référence net correspond au salaire net de l'agent de droit privé.
L'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au Traitement de Référence Net, tel que défini ci-dessus, que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité à la date de mise en jeu de la garantie.

TITRE 4. GARANTIES

ARTICLE 18 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties et des options indiquées sur son bulletin d'adhésion, pour lesquelles il paye des cotisations.

Article 18-1 : Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire)

Cette garantie permet à l'adhérent de pallier la perte de revenus consécutive à une incapacité temporaire totale de travail dont le premier jour d'arrêt de travail indemnisable par la Mutuelle est survenu pendant la période d'assurance.

Sera considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout adhérent en activité effective qui est dans l'obligation, reconnue par la Mutuelle, de cesser toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

La Mutuelle ne prend pas en charge les incapacités temporaires découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle imputables au service.

La Mutuelle ne prend pas en charge les Incapacités temporaires dont l'origine n'est pas liée à une maladie, à une maternité ou à un accident, même si des indemnités journalières sont versées par le régime obligatoire.

La Mutuelle viendra **exclusivement** compléter la part de rémunération versée par l'employeur public, par le régime général d'Assurance Maladie dont dépend l'adhérent, et/ou par tout autre organisme assureur.

Maintien à demi-traitement : La Mutuelle interviendra pendant 90 jours continus lorsque l'adhérent après avoir épuisé ses droits à congés, perçoit un demi-traitement pendant la durée de la procédure requérant l'avis du Conseil Médical en formation restreinte ou plénière. La Mutuelle complétera le paiement du demi-traitement maintenu dans l'attente de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite. La durée d'indemnisation de 90 jours continus sera décomptée de la durée maximale d'indemnisation de 1095 jours, tous risques confondus.

Disponibilité d'office : Lorsqu'à l'issue de la période de maintien à demi-traitement, l'adhérent est placé par le Conseil Médical en mise en disponibilité d'office, la Mutuelle complétera les indemnités de coordination perçues par l'adhérent dans les limites prévues au a) du présent article. La durée de cette indemnisation sera décomptée de la durée maximale d'indemnisation de 1095 jours, tous risques confondus. **La Mutuelle n'intervient pas dans le cadre de la disponibilité d'office n'entraînant pas le versement d'indemnités de coordination.**

Les prestations au titre du maintien à demi-traitement ou de la disponibilité d'office ne sont versées que sous réserve que l'adhérent soit en incapacité temporaire totale de travail telle que définie par le présent article.

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, en relais de celles prévues par le statut de la Fonction publique territoriale.

a) Délai de carence statutaire

Conformément à l'article 115 de la Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017, la Mutuelle n'interviendra pas le premier jour de l'arrêt de travail. Par conséquent, l'adhérent bénéficie du versement des prestations Incapacité Temporaire totale de Travail à compter du deuxième jour de l'arrêt de travail.

Cependant, ce délai de carence statutaire ne s'applique pas, dans les cas suivants :
- Lorsque l'adhérent n'a pas repris le travail plus de 48 heures entre deux congés maladie pour la même cause,
- Concernant les congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie,
- Concernant les congés de maladie accordés dans les 3 ans après un 1er congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée (ALD).

■ Concordance entre le délai de carence et le délai de franchise

Si la couverture prévoit un délai de franchise, le délai ne partira qu'à compter de l'expiration du délai de carence. Il faut donc par conséquent ajouter le délai de carence au délai de franchise afin de déterminer le premier jour d'indemnisation.

■ Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

- En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu jusqu'au 365ème jour continu ou discontinu ;
- En cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année ;
- En cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4ème année jusqu'à la fin de la 5ème année ;
- En cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6ème année jusqu'à la fin de la 8ème année ;
- En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie et pour une durée maximale d'un an.

■ Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

- En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91ème jour d'arrêt de travail jusqu'au 365ème jour continu ou discontinu ;
- En cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année ;
- En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires et stagiaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie et pour une durée maximale d'un an.

■ Agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC

En cas de maladie ordinaire :

- Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et moins de 2 ans : à compter du 31ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'agent subit une perte de salaire ;
- Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et moins de 3 ans : à compter du 61ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

En cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du début de la 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année.

■ Agents non titulaires de droit privé affiliés à l'IRCANTEC relevant du régime général de la Sécurité sociale

En cas de Maladie :

- Agent ayant une ancienneté de 0 à moins d'1 an : à partir du 1er jour d'arrêt de travail ;
- Agent ayant une ancienneté de 1 an à 5 ans : à partir du 31ème jour d'arrêt de travail ;
- Agent ayant une ancienneté de 6 ans à 10 ans : à partir du 41ème jour d'arrêt de travail ;
- Agent ayant une ancienneté de 11 ans à 15 ans : à partir du 51ème jour d'arrêt de travail ;
- Agent ayant une ancienneté de 16 ans à 20 ans : à partir du 61ème jour d'arrêt de travail ;
- Agent ayant une ancienneté de 21 ans à 25 ans : à partir du 71ème jour d'arrêt de travail ;
- Agent ayant une ancienneté de 26 ans à 30 ans : à partir du 81ème jour d'arrêt de travail ;
- Agent ayant une ancienneté de 31 ans et plus : à partir du 91ème jour d'arrêt de travail.

Pour ces agents, la Mutuelle intervient en complément de la CPAM pour une durée maximale de 1095 jours.

■ Agents embauchés en parcours emploi compétences

Les agents de droit privé, embauchés en parcours emploi compétences, peuvent demander leur adhésion et bénéficier des prestations prévues par la présente couverture.
L'intervention de la Mutuelle se fera en complément et en relais des obligations de l'employeur et dans les conditions de la Loi de mensualisation dont les principes sont repris ci-dessous, avec une dérogation pour les agents comptant moins d'un an d'ancienneté à la date de l'arrêt de travail.

Obligations de l'employeur en cas d'arrêt pour maladie ou accident de la vie privée

Ancienneté dans l'entreprise	Maintien du salaire à hauteur de 90%	Maintien du salaire à hauteur de 66.66%
- de 1 ans	Néant	Néant
1 à 6 ans	30 jours (du 8ème au 38ème jour)	30 jours (du 39ème au 69ème jour)
6 à 11 ans	40 jours (du 8ème au 48ème jour)	40 jours (du 49ème au 89ème jour)
11 à 16 ans	50 jours (du 8ème au 58ème jour)	50 jours (du 59ème au 109ème jour)
16 à 21 ans	60 jours (du 8ème au 68ème jour)	60 jours (du 69ème au 129ème jour)
21 à 26 ans	70 jours (du 8ème au 78ème jour)	70 jours (du 79ème au 149ème jour)
26 à 31 ans	80 jours (du 8ème au 88ème jour)	80 jours (du 89ème au 169ème jour)
31 ans et +	90 jours (du 8ème au 98ème jour)	90 jours (du 99ème au 189ème jour)

Par dérogation à la Loi de mensualisation et dans un souci d'équité, la Mutuelle prendra en charge l'indemnisation des agents comptant moins d'un an d'ancienneté à la date de l'arrêt de travail, en les assimilant aux agents contractuels de droit public, dans les conditions suivantes :

■ Moins de 4 mois d'ancienneté : pas d'intervention de la Mutuelle ;
■ Entre 4 mois et moins d'1 an d'ancienneté : la Mutuelle interviendra à compter du 31ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
■ À compter d'1 an d'ancienneté : la Mutuelle interviendra en complément et en relais des dispositions de la Loi de mensualisation du 19 janvier 1978, rappelées dans le tableau ci-dessus, sans se substituer aux obligations de l'employeur.

b) Montant de la prestation

Le montant de la prestation varie selon le niveau de garantie choisi par l'adhérent, et d'autre part, selon que l'adhérent est agent de droit public à temps complet ou non, ou bien agent à temps partiel ; ou agent de droit privé.

■ Cas des agents de droit public à temps complet ou non et à temps partiel :

L'indemnité journalière versée par la Mutuelle correspond au 1/360ème du TRN (hors option « maintien de primes ») multiplié par le niveau de couverture choisi par l'adhérent et sous déduction du traitement versé par l'employeur, ainsi que de la contribution sociale généralisée et de la contribution à la réduction de la dette sociale.

Pour les agents à temps non complet ou partiel : les prestations versées par la Mutuelle seront proratisées en fonction du temps de travail effectué évalué à la date de l'acceptation de la mise en jeu de la garantie par la Mutuelle.

■ Cas des agents de droit privé :

L'indemnité Journalière versée par la Mutuelle correspond au 1/365ème du Traitement de Référence Net TRN (hors primes) multiplié par le niveau de couverture choisi par l'adhérent et sous déduction de l'éventuelle part de salaire versée par l'employeur, des prestations du régime général de la Sécurité sociale, et de toutes autres prestations de complément de revenu dont bénéficierait l'adhérent, ainsi que de la contribution sociale généralisée et de la contribution à la réduction de la dette sociale.

■ Droits rétablis :

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le bénéficiaire est placé en congé de longue maladie (CLM), en congé de grave maladie ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par la Mutuelle doivent lui être remboursées intégralement par l'adhérent.

c) Prise en compte de l'évolution de la situation de l'agent

Pour les agents de droit privé, la Mutuelle réajustera le montant de la prestation due afin de tenir compte de l'évolution du grade, de l'échelon, de l'indice et éventuellement du régime indemnitaire de l'adhérent si l'option a été souscrite. Ces paramètres ne seront donc pas figés à la date du premier règlement de prestation par la Mutuelle.

Article 18-2 : Option maintien de primes (régime indemnitaire)

Pour les agents relevant du RIFSEEP, le maintien de primes correspond au régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel dans la fonction publique de l'Etat, tel que défini par le décret n°2014-513 du 20 mai 2014.

Pour les agents ne relevant pas du RIFSEEP cette garantie correspond à l'indemnisation des primes, indemnités, gratifications brutes, résultant de dispositions législatives ou réglementaires.

Le niveau de l'option « maintien de primes », choisi par l'adhérent, ne peut être supérieur au niveau de garantie de la formule de base. Cette option ne peut pas être souscrite dans le cadre de la formule 1 du présent Règlement Mutualiste.

L'option maintien de primes, n'est pas versée dans le cadre des arrêts de travail découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

■ Si la collectivité employeur de l'adhérent maintient le régime indemnitaire

Le régime indemnitaire est maintenu dans les mêmes conditions que la rémunération pendant les congés de Maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée et la mise en disponibilité d'office.

Le régime indemnitaire est également maintenu dans les mêmes conditions que la rémunération si l'adhérent bénéficie de la prestation invalidité du présent Règlement Mutualiste.

Au moment du versement du capital décès/ perte totale et irréversible de l'autonomie, le régime indemnitaire est pris en compte pour le calcul de la prestation.

Si les primes sont maintenues en intégralité pendant les périodes de plein traitement et réduites de moitié pendant les périodes à demi-traitement, la Mutuelle n'interviendra qu'à compter du passage à demi traitement. En tout état de cause, la Mutuelle limite son intervention à hauteur de 50% du montant de ces primes.

Les pourcentages de maintien du régime indemnitaire proposés sont les suivants :
- 40% du régime indemnitaire net ;
- 45% du régime indemnitaire net ;
- 50% du régime indemnitaire net.

Pour les fonctionnaires :

en cas de congé de maladie ordinaire, la Mutuelle n'interviendra que lors des 9 mois pendant lesquels le régime indemnitaire est réduit de moitié. Le maintien de primes n'est pas dû en cas de congés d'accident de service et de maladie professionnelle, et concernant les congés de maternité, d'adoption et de paternité.

Pour les agents non titulaires :
- Congés de maladie ordinaire : la Mutuelle n'interviendra pas tant qu'il y a plein traitement et maintien intégral du régime indemnitaire (selon l'ancienneté de l'agent), mais elle interviendra dès le passage à demi traitement (selon l'ancienneté de l'agent) ;
- Autres congés (congés d'accident de service et de maladie professionnelle, et congés de maternité, d'adoption et de paternité) : la Mutuelle n'interviendra pas puisqu'il y a maintien intégral du régime indemnitaire pendant toute la durée du congé.

Pendant les congés de longue maladie et de longue durée, pour les fonctionnaires, et les congés de grave maladie, pour les fonctionnaires à temps non complet relevant du régime général et les agents non titulaires, et où il n'y a pas de maintien du régime indemnitaire par la Collectivité employeur ; la prestation versée par la Mutuelle sera en tout état de cause limitée à 50% du régime indemnitaire de base.

NB : la Mutuelle ne versera la prestation due que pour une période maximale de 1095 jours continus d'arrêt de travail.

■ Si la collectivité employeur supprime le régime indemnitaire pendant les absences pour raison de santé

La Mutuelle versera, à l'issue du délai de franchise choisi par l'adhérent et mentionné sur son bulletin d'adhésion, la prestation correspondant au 1/360ème du Régime Indemnitaire Net qu'aurait dû percevoir l'agent auquel est appliqué le pourcentage de maintien du régime indemnitaire choisi par l'adhérent, ce **pour une durée maximale de 1 095 jours continus d'arrêt de travail.**

En cas d'instauration d'un délai de franchise, le délai ne partira qu'à compter de l'expiration du délai de carence. Il convient donc d'ajouter le délai de carence au délai de franchise afin de déterminer le premier jour d'indemnisation.

L'adhérent a le choix entre les franchises suivantes :
- 10 jours continus d'arrêt de travail,
- 45 jours continus d'arrêt de travail,
- 90 jours continus d'arrêt de travail.

Les pourcentages de maintien du régime indemnitaire proposés sont les suivants :
- 50% du régime indemnitaire net,
- 90% du régime indemnitaire net,
- 95% du régime indemnitaire net,
- 100% du régime indemnitaire net.

Article 18-3 : Invalidité permanente

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à l'adhérent.

■ L'adhérent relève du statut de la Fonction publique territoriale

L'invalidité correspond à l'impossibilité totale ou partielle d'exercer une quelconque activité professionnelle, par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail, dont le premier jour indemnisable par la Mutuelle est survenu durant la période d'assurance.

L'adhérent doit avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents et avoir été reconnu par la Mutuelle comme étant en état d'invalidité.

L'invalidité est définie selon les critères suivants :
> L'état de santé doit être définitif, consolidé et doit empêcher l'agent d'exercer ses fonctions ;
> L'adhérent doit avoir un taux d'invalidité reconnu par la CNRACL supérieur ou égal à 30%.

La décision des organismes compétents n'est pas opposable à la Mutuelle. Ainsi la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer un contrôle sur le taux d'invalidité fixé par les organismes compétents dans les conditions prévues à l'article « Contrôle médical » du présent Règlement Mutualiste.

L'origine de l'invalidité peut être soit une maladie soit un accident de la vie privée. En cas d'invalidité causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle imputable au service :
> **Aucune rente ne sera versée si le taux d'invalidité de l'adhérent est inférieur à 33% ;**
> **50% de la rente sera versée à l'adhérent si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 50% ;**
> **L'intégralité de la rente sera versée à l'adhérent si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 50%.**

En tout état de cause, la prestation versée par la Mutuelle vient en déduction de la rente versée par la CNRACL, et le cas échéant de l'Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales.

■ L'adhérent relève du régime général de la Sécurité sociale

La prestation est versée à l'adhérent :

> En cas d'invalidité causé par une maladie ou un accident de la vie privée, et d'un classement en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie ;
NB : l'invalidité 1ère catégorie des agents de droit privé n'est pas couverte par le présent Règlement Mutualiste.

> En cas d'incapacité permanente, dès lors que l'adhérent a :
• Un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33% et inférieur à 50%, dans ce cas, seul 50% de la rente sera versée par la Mutuelle ;
• Un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 50%.
NB : Aucune rente ne sera versée si le taux d'invalidité de l'adhérent est inférieur à 33%.

L'incapacité permanente est une réduction définitive de la capacité de travail en raison d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, reconnue par la Sécurité sociale. L'adhérent bénéficiera du versement de la rente s'il remplit les deux conditions cumulatives suivantes :
> L'état de santé de l'adhérent doit être définitif, consolidé et l'empêcher d'exercer ses fonctions ;
> Il perçoit de son régime obligatoire une rente au titre de l'invalidité 2ème ou 3ème catégorie, ou au titre de l'incapacité permanente.

Pour l'ensemble des adhérents, la prestation est servie mensuellement à terme échu. Le versement de la prestation est conditionné au respect des règles de cumul prévues à l'article « Montant des prestations » du présent règlement mutualiste.

La Mutuelle versera la rente, le cas échéant, à compter du jour du versement de la pension CNRACL ou de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité, et après épuisement des droits statutaires maladie.

Article 18-4 Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente

Cette garantie, qui ne peut être souscrite que par les agents CNRACL, a pour objet le versement d'une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'adhérent en cas d'invalidité permanente, telle que définie à l'article « Garantie invalidité permanente », et survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

Elle ne peut être souscrite que si la garantie Invalidité a elle-même été souscrite.
Le montant de la prestation est revalorisé annuellement en fonction de la valeur du point de la Fonction publique territoriale.

La prestation sera versée à compter de la cessation du versement de rente invalidité telle que définie à l'article « Garantie invalidité permanente » du présent règlement Mutualiste.

Article 18-5 Capital Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie comme l'infirmité complète, empêchant définitivement l'adhérent de se livrer à quelque activité que ce soit et l'obligeant en outre à recourir pendant toute son existence à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Pour bénéficier d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, ces conditions doivent être réunies :
> Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
> À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Le versement anticipé du capital prévu en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie Décès.

La garantie décès a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). **Cette prestation n'est versée qu'en cas de décès intervenant lorsque la présente couverture est en vigueur. Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations garanties, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraine la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus.**

Si l'adhérent relève du statut de la Fonction publique territoriale, pour pouvoir bénéficier de la prestation, le décès doit survenir :
> Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
> À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Si l'adhérent est affilié au régime général de la Sécurité sociale, pour pouvoir bénéficier de la prestation, le décès doit survenir :
> Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
> À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Désignation de bénéficiaire par défaut :
À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :
> Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
> À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) ;

> À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
> À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
> À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Clause de désignation particulière :
L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :
>De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
>D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

Modification :
Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :
La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :
En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

ARTICLE 19 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 20 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membres de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quelle que soit la durée du séjour.
Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.
Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 21 : RISQUES EXCLUS

Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste :
> Les conséquences directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ;
> Les conséquences de rixe, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
> Les conséquences de la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;
> Les conséquences de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet condamnation pénale ;
> Les accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, et ceux qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;

Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties

Concernant les garanties décès et PTIA, est exclu, en sus, des exclusions prévues à l'article 21-1 du présent règlement, le suicide au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion de la garantie, ou l'augmentation de la garantie. En cas d'augmentation de la garantie, seule de la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion.

ARTICLE 22 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Le présent Règlement Mutualiste ne prend pas en charge les risques en cours. L'adhérent ne devra pas être en arrêt de travail au moment de l'adhésion. Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 23 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation »;
- En cas de résiliation de l'adhésion ;
- En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- En cas de non poursuite d'une activité professionnelle auprès d'un employeur mentionné au bulletin d'adhésion impliquant un changement de statut ;
- En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard lorsque l'adhérent a atteint 70 ans, sauf pour la garantie Perte de retraite. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.
- En cas de décès de l'adhérent.

Il est rappelé que lorsque la garantie comporte une prestation invalidité, le bénéfice de cette dernière n'est ouvert que jusqu'à la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent et au plus tard jusqu'à ses 62 ans.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

La cessation de l'adhésion entraine la perte du bénéfice des prestations sans possibilité de rachat ni de réduction, ces garanties étant à fonds perdus.

TITRE 5. PRESTATION

ARTICLE 24 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le montant de la prestation versée par la Mutuelle, augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou tout autre somme versée par quelque organisme que ce soit, et des éventuels autres revenus professionnels, ne pourra excéder le niveau d'indemnisation :

- du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent indépendamment du régime indemnitaire choisi concernant la garantie incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire) ;
- du Traitement de Référence Net concernant l'option maintien de primes (régime indemnitaire) si la collectivité employeur de l'adhérent maintient le régime indemnitaire dans les conditions énoncées au sein du présent règlement mutualiste ;
- du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent concernant l'option maintien de primes (régime indemnitaire) si la Collectivité employeur supprime le régime indemnitaire pendant les absences pour raison de santé ;
- du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent concernant la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente. Pour rappel, le traitement de référence servant de base à la prestation ne comporte pas le régime indemnitaire.

Concernant la garantie invalidité permanente :
Le montant mensuel de la prestation versée par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou tout autre somme versée par quelque organisme que ce soit, et des éventuels autres revenus professionnels, ne pourra excéder le niveau d'indemnisation du Traitement de Référence Net. En cas de souscription de l'option Maintien de primes (régime indemnitaire), le Traitement de Référence comprend le régime indemnitaire.

ARTICLE 25 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

Les prestations sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées, hors éventuels délais bancaires. Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire français de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal. Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

Article 25-1 Incapacité, invalidité

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une incapacité, ou d'une invalidité, sont payables mensuellement à terme échu.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal.

Article 25-2 Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de décès, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.223-19-1 du code de la mutualité est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 du code de la mutualité. A compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception par la Mutuelle des pièces justificatives, il sera accordé pour chaque année civile, une revalorisation nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

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

Les revalorisations prévues pour les capitaux décès sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non renouvellement du contrat.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

Article 25-3 Prélèvements à la source

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par la Mutuelle, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation lorsque cette prestation est versée directement à l'adhérent.

Article 25-4 Crédit d'indemnisation

Le crédit d'indemnisation est la durée maximale d'indemnisation. La durée et les règles encadrant le renouvellement des crédits d'indemnisation sont indiquées sur le tableau de garantie de la garantie souscrite.

ARTICLE 26 : REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE

La revalorisation des prestations en cours de service concerne uniquement les garanties arrêt de travail (incapacité et invalidité). La revalorisation s'opère chaque 1er janvier en fonction de la valeur du point de la Fonction publique.

Le montant alloué au fonds de revalorisation est déterminé chaque année en conseil d'administration.

ARTICLE 27 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations en cas d'incapacité et d'invalidité sont des prestations indemnitaires. Ainsi, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations nettes versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. En tout état de cause, la prestation est limitée au salaire net à payer de l'adhérent.

Pour les adhérents relevant du Régime Obligatoire Alsace Moselle, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Il appartient à l'employeur de procéder à une minoration de la rémunération versée le cas échéant conformément à l'article L. 1226-23 du Code du travail.

ARTICLE 28 : PIÈCES À FOURNIR

Article 28- 1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- Un document d'identité en cours de validité ;
- Un relevé d'identité bancaire, d'un compte bancaire domicilié dans un État appartenant à la zone SEPA ;
- Un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire ;
- Et toutes autres pièces nécessaires.

À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 28 -2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

Incapacité Temporaire totale de Travail

- L'attestation de passage à demi-traitement au titre du statut de la Fonction publique territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- Une attestation émanant de l'employeur qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- Les avis du Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ou les arrêtés administratifs,
- L'avis d'arrêt de travail initial et les éventuels arrêts de prolongation délivrés par un médecin, le journal des absences ;
- Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraînée l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement et le dernier bulletin de paie à plein traitement ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

Invalidité (si garantie ou option souscrite)

En cas d'invalidité, ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- L'avis d'imposition ;
- La notification du régime de base ;
- Le brevet des pensions ;
- L'avis de la commission de réforme ;
- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie ;
- Un rapport médical circonstancié précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

Pour les agents relevant de la Fonction publique territoriale :

- Un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité CNRACL ;
- Les bulletins de paiement émanant de la CNRACL.

Pour les agents relevant de la Sécurité sociale :

- La notification d'attribution d'une rente invalidité ;
- Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale ;
- Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

Perte de retraite

- Un titre de pension de retraite,
- Le premier bulletin de paiement de la CNRACL,
- Le relevé de carrière,
- Une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- Les justificatifs des autres caisses de retraite,
- Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

Perte totale et irréversible d'autonomie (si garantie ou option souscrite)

Si la garantie souscrite le prévoit, l'adhérent se trouvant dans cette situation et désirant bénéficier à ce titre du versement anticipé du capital décès pour cause de Perte Totale et Irréversible d'autonomie devra remplir, ou faire remplir, et adresser à la Mutuelle un formulaire type de demande de capital et fournir les pièces justificatives.

Décès (si garantie ou option souscrite) :

- Le dernier bulletin de paie à plein traitement,

- L'acte de décès ;
- Le dernier avis d'imposition de l'agent ;
- Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

La Mutuelle s'engage à demander les pièces justificatives dans un délai de 15 jours à compter de la réception de l'acte de décès.

Article 28-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 29 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie.

L'indemnisation de la garantie incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire), et le cas échéant de l'option maintien de primes (régime indemnitaire) cesse :

- À la reprise d'activité de l'adhérent à temps plein ou temps partiel thérapeutique ;
- À la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction publique territoriale ou par l'Assurance Maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- À la date d'effet d'un congé parental ;
- À la date d'effet d'une mise en disponibilité autre que pour raisons de santé ;
- À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent ;
- À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent ;
- À l'âge légal de départ à la retraite ;
- Au décès de l'adhérent ;
- En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'adhérent ;
- En tout état de cause après que la prestation, pour tous les risques confondus, ait été servie de manière continue, pendant trois années, soit 1 095 jours.

L'indemnisation de la garantie invalidité permanente cesse :

- Au jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle ;
- Au jour de la liquidation de la pension de vieillesse de l'adhérent ;
- Lorsque l'adhérent atteint 62 ans ;
- Au jour du décès de l'adhérent.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 16 « Défaut de paiement » ;
- En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article 7-3 « Résiliation ».

L'indemnisation de la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente cesse au jour du décès de l'adhérent.

La couverture de la garantie décès/ perte totale et irréversible d'autonomie cesse à compter du versement du capital. Pour rappel, le versement du capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie fait cesser la garantie décès.

En tout état de cause, le versement des prestations peut également cesser dans les conditions énoncées à l'article « Contrôle médical ».

ARTICLE 30 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle. En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 31 : AVIS DES INSTANCES MÉDICALES

En l'absence de contrôle médical, pour le paiement des prestations, la Mutuelle se conformera strictement à l'avis de l'instance médicale (Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ou autre instance officielle) qui aura statué sur le dossier de l'agent / adhérent, y compris en cas de décision contraire de la Collectivité employeur.

La décision des organismes compétents n'est pas opposable à la Mutuelle en cas de contrôle médical.

ARTICLE 32 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'impose pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 33 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 34 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre ayant entrainé le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entrainé le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant au bénéficiaire majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant le bénéficiaire majeur, afin de l'interroger sur l'éventuelle intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 35 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 35-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 35-2 : 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 de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 36 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Réclamations - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Ou à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 37 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou le bénéficiaire peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur:

https://www.mediateur-mutualite.fr

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées. L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 38 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.
Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- **en cas de réalisation du risque, qu'à partir 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 ou du bénéficiaire 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 le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- **la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **la demande en justice (même en référé) ;**
- **un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou le bénéficiaire à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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. En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 39 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Pour la réalisation de ce traitement, la Mutuelle pourra faire appel à un sous-traitant, lié par contrat, qui présentera les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la Mutuelle. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr
- soit par courrier à DPO – SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 40 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des l'articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 41 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires au professionnel de santé le cas échéant. Dans ce cadre, les services spécialisés de la Mutuelle sont habilités à contacter l'adhérent et les professionnels de santé afin d'obtenir des précisions sur les informations et les justificatifs fournis.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs néccéssaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 42 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE :

Tableau des cotisations
Tableau de garantie

Nous contacter

Par notre réseau d'agences :
Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos 60 agences réparties sur 8 régions (coordonnées de nos agences sur notre site internet **www.solimut-mutuelle.fr**)

Par téléphone :
En appelant le 04 42 18 02 50
Accueil téléphonique du lundi au vendredi

Par Courrier :
Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents :
TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02