

NOTICE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR L'ADHÉRENT

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF FACULTATIF n°93006IDCP01 N, A & M SOUSCRIT PAR LA CAISSE CENTRALE D'ACTIVITES SOCIALES DES PERSONNELS DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES - CCAS

Notice valable à compter du 1^{er} janvier 2025



VOTRE CAISSE CENTRALE D'ACTIVITÉS SOCIALES DES PERSONNELS DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

La CCAS a souscrit à votre profit un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. Ce contrat est régi par le livre II du Code de la mutualité et relève de la branche 2 (maladie) et 20 (vie et décès) de l'article R 211-2 du Code de la mutualité. Vos déclarations servent de base à l'application des garanties.

Ce contrat a pris effet le 1^{er} janvier 2017, pour une première période se terminant le 31 décembre 2017. Le contrat se renouvelle depuis par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties.

VOTRE MUTUELLE

Pour pallier les aléas de la vie, vous jouissez, auprès de Solimut Mutuelle de France, d'un contrat collectif facultatif, mis en place à l'initiative de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Personnels des industries électriques et gazières - « la CCAS », vous permettant de bénéficier d'une garantie Prévoyance.

La présente notice précise les conditions dans lesquelles Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, vous assure le versement de garanties prévoyance en cas d'invalidité, d'infirmité, d'hospitalisation, de dépendance et de décès.

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter : **01 84 980 980** 

INFORMATION DES ADHÉRENTS

La présente notice d'information vous est obligatoirement mise à disposition par la CCAS dès lors que vous appartenez à la catégorie au bénéfice de laquelle est souscrit le contrat prévoyance à adhésion facultative, et que vous êtes dûment affilié.

Cette notice vous permet de connaître les garanties définies au contrat prévoyance souscrit par la CCAS, les conditions de son application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

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

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, la CCAS est tenue de vous en informer en mettant à votre disposition une notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par Solimut Mutuelle de France.

Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

L'AFFILIATION AU RÉGIME PRÉVOYANCE

ARTICLE 1 - BÉNÉFICIAIRES

Le contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative est souscrit par la CCAS au profit de l'ensemble des agents actifs et inactifs des industries électriques et gazières ayant le statut d'ouvreur droit au sens de la présente Notice et souhaitant en bénéficier pour eux-mêmes et / ou pour leurs ayants droit définis ci-après.

Est considéré comme « ouvrant droit » :

> L'AGENT OUVRANT DROIT :

- Agent : ouvriers, employés, agents de maîtrise, cadres administratifs et techniques en situation d'activité ou d'inactivité, régis par le statut national du Personnel des industries électriques et gazières (modifié par décret n°2001-1198 du 17 / 12 / 2001 - art. 1 - JORF18 / 12 / 2001) :
 - a. Des services nationaux et des services de distribution créés par les articles 2 et 3 de la loi du 8 avril 1946 ;
 - b. Des entreprises de production et de distribution exclues de la nationalisation ;
 - c. De la Caisse nationale de l'énergie,

Régi par le Statut National du Personnel des industries électriques et gazières, approuvé par le Décret N°46-1541 du 22 Juin 1946.

Et affilié à la Caisse d'Assurance Maladie des industries électriques et gazières - CAMIEG.

- Agent de la CCAS affilié à la CAMIEG ;
- Agent permanent des Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Actions Sociales - CMCAS ;
- Praticien de la CCAS ;
- Médecin du travail ou médecin conseil des Industries Électriques et Gazières ;
- Agent en congé sans solde au titre des articles 20 et 21 du Statut National, ainsi qu'agent bénéficiaire d'une pension d'ancienneté proportionnelle ou en position de détachement ;
- Contrats particuliers permanents et conventionnés des Industries Électriques et Gazières.

> LE CONJOINT OUVRANT DROIT :

Le veuf ou la veuve / partenaire survivant / concubin survivant d'un agent décédé dès lors que :

- Vous avez eu au moins un enfant avec cet agent et ce tant qu'il reste à votre charge ;
- Vous êtes et demeurez non remarié, ne concluez pas un PACS et / ou ne vivez pas en concubinage ;
- Vous avez la qualité d'ouvreur droit au sens de la CCAS.

Si vous répondez à l'une de ces définitions, vous serez dénommé dans le texte de la notice sous les termes « Ouvreur droit » ou « Agent ouvrant droit » ou encore « Conjoint ouvrant droit ».

Si vous êtes ouvrant droit, vous pouvez demander l'affiliation au contrat, pour les garanties « Toutes causes » et / ou « Accidentelle », pour vous-même et / ou pour les membres de votre famille ci-après définis. Chacun des membres de la famille sera dénommé dans le texte de la notice sous le

terme « Adhérent ».

L'adhérent est la personne sur la tête de laquelle repose chacune des garanties souscrites. Il peut s'agir :

- De l'ouvreur droit ;
- ET / OU du « conjoint » de l'agent ouvrant droit ;
- ET / OU d'un enfant à charge.

Est considéré comme ayant droit :

> LE CONJOINT :

- Le conjoint de l'agent ouvrant droit, non divorcé ni séparé de corps judiciairement ;
- Le partenaire lié à l'agent ouvrant droit par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- Le concubin de l'agent ouvrant droit. Le concubinage étant justifié par un justificatif d'imposition à une adresse commune ou une attestation d'hébergement à un domicile commun complétée et signée par l'ouvreur droit ou un certificat de concubinage. Si l'agent se marie, se remarie ou conclut un PACS, la prise en compte du concubin devient caduque de plein droit.

> L'ENFANT À CHARGE :

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'ouvreur droit, et ceux de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, reconnus par l'administration fiscale comme étant à la charge de l'ouvreur droit, c'est-à-dire pris en compte pour la détermination du quotient familial servant au calcul de son impôt sur le Revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice :

- Jusqu'à 21 ans inclus au 1^{er} janvier de l'année civile considérée, même s'ils exercent une activité professionnelle rémunérée ;
- Jusqu'à 26 ans, à la fin du mois de la date d'anniversaire, mariés ou non, disposant ou non de ressources personnelles, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou se trouvent sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail.
- En situation de Handicap, quel que soit leur âge : par enfant en situation de handicap, il faut entendre l'enfant qui bénéficie de :
 - l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue par l'article L.541-1 du Code de la Sécurité sociale ou qui, à dire d'expert, en bénéficierait si la famille avait effectué les formalités nécessaires ou qui, placé en internat, est pris intégralement en charge par l'administration ;
 - l'allocation aux adultes handicapés attribuée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH compétente, ou qui, à dire d'expert, en bénéficierait indépendamment des conditions de ressources maximales.

Pour la garantie Rente d'éducation et par dérogation à ce qui précède, il est précisé que les enfants de moins de 26 ans pris en considération au titre de cette garantie seront :

- Si l'adhérent est l'ouvreur droit : les seuls enfants de cet ouvrant droit ;
- Si l'adhérent est le « conjoint » de l'ouvreur droit : les seuls enfants de ce « conjoint ».

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT IDCP ET NATURE DES GARANTIES

Le contrat IDCP collectif facultatif souscrit par la CCAS auprès de Solimut Mutuelle de France vous permet de bénéficier de garanties Prévoyance.

Lorsque vous adhérez, trois packs sont proposés selon votre situation familiale.

Lorsque vous souhaitez modifier vos garanties, les trois packs vous sont proposés selon votre situation familiale mais vous pouvez également retenir une couverture sur mesure.

Le Contrat IDCP vous permet de bénéficier des garanties suivantes, selon le choix formalisé sur votre bulletin d'affiliation :

1^{er} volet : les garanties « toutes causes »

Deux formules de garanties sont proposées. Elles peuvent couvrir les risques de décès (pour l'ouvrant droit et son conjoint et enfant à charge) et d'invalidités (pour l'ouvrant droit exclusivement).

PACK #1 - « DÉCÈS TOUTES CAUSES », IL INCLUT :

- Garantie décès ;
- Garantie dépendance ;
- Garantie invalidités (invalidité absolue et définitive, invalidité statutaire ou conventionnelle, invalidité permanente handicap).

La garantie invalidité (IPH, IAD, IS) ne concerne que l'ouvrant droit.

PACK « DÉCÈS TOUTES CAUSES »

| Adhérent | Risque Décès | Risque Invalidités |
|--------------------------|--------------|--------------------|
| Ouvrant Droit | Couvert | Couvert |
| Conjoint Ayant Droit | Couvert | Non couvert |
| Enfant à charge + 12 ans | Couvert | Non couvert |

PACK #2 - « INVALIDITÉ TOUTES CAUSES », IL INCLUT :

- Garantie invalidités (invalidité absolue et définitive, invalidité statutaire ou conventionnelle, invalidité permanente handicap).

Le pack « invalidité toutes causes » ne peut être souscrit que par l'ouvrant droit.

PACK « INVALIDITÉ TOUTES CAUSES »

| Adhérent | Risque Décès | Risque Invalidités |
|---------------|--------------|--------------------|
| Ouvrant Droit | Non couvert | Couvert |

Les adhérents ayant souscrit une garantie décès toutes causes ou invalidité toutes causes du contrat N verront leurs garanties évoluer vers le nouveau pack correspondant ci-dessus.

Les tarifs sont différenciés selon l'adhérent et fournis en annexe de la présente notice.

2nd volet : la garantie « accidentelle »

La garantie accidentelle couvre :

- Le décès accidentel ;
- Et / ou l'infirmité permanente accidentelle ;
- La garantie dépendance.

Vous avez la possibilité, au titre de la garantie Décès accidentel et / ou Infirmité Permanente Accidentelle, d'être garanti soit contre les risques décès et infirmité, soit uniquement pour l'un ou l'autre de ces deux risques.

3^e volet : les garanties de rentes en cas de décès

Deux garanties de rentes en cas de décès sont proposées :

- Rente viagère de conjoint ;
- Rente temporaire d'éducation.

Les garanties de rentes en cas de décès peuvent être souscrites seules ou cumulées indépendamment des garanties « toutes causes » et « accidentelle ».

Les garanties sont définies dans le chapitre « Vos garanties prévoyance » de la présente Notice. Les garanties que vous choisissez sont formalisées sur votre bulletin individuel d'affiliation.

Les garanties complémentaires

- Assistance famille par suite d'accident.
- Hospitalisation par suite d'accident.

ARTICLE 3 - DATE D'AFFILIATION

Vous et votre ayant droit le cas échéant, pouvez adhérer aux volets «Garanties Toutes Causes» et « Garanties Accidentelles » du présent contrat jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite plus 12 mois.

Toutefois, par dérogation à ce qui précède :

- la demande d'affiliation à la garantie Rente viagère de conjoint doit intervenir avant vos 49 ans inclus.
- la demande d'affiliation à la garantie Rente Éducation doit intervenir avant la liquidation de votre pension de retraite.

L'affiliation au contrat des enfants à charge répondant à la définition de l'article 1 peut être demandée tant que ces enfants répondent à ladite définition.

L'affiliation est effective à la date de réception par la CCAS du bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé, sous réserve le cas échéant de l'acceptation du risque par la CCAS en tant que gestionnaire, en cas de formalités médicales et du paiement de la première cotisation dans un délai maximum de 3 mois.

Si la première cotisation afférente aux garanties souscrites dans le cadre de l'adhésion n'a pu être prélevée sur le compte de l'adhérent dans les 3 mois qui suivent la réception par la CCAS du bulletin individuel d'affiliation, notamment en raison du non-retour dans ce délai du mandat SEPA, l'adhésion est nulle.

Votre adhésion au présent contrat peut être soumise à un questionnaire médical tel que précisé à l'article « formalités d'Affiliation ».

Lorsque l'adhésion est soumise à un questionnaire médical, la prise d'effet des garanties est au plus tôt le jour de réception de l'ensemble des pièces justificatives.

Le médecin conseil de la CCAS agissant sur délégation de Solimut Mutuelle de France peut rendre les décisions suivantes :

- Acceptation ;
- Acceptation avec réserves médicales ;
- Refus ;
- Demande d'informations complémentaires.

En cas d'acceptation avec réserves médicales, l'adhérent dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date d'envoi de l'avenant au Bulletin d'Adhésion, pour accepter l'adhésion. **Tout sinistre se rapportant aux situations médicales exclues au sein de l'avenant au bulletin d'adhésion ne donnera lieu à aucun versement de prestations.** À défaut d'acceptation, la demande d'adhésion à la garantie soumise à questionnaire médicale sera nulle et non avenue.

L'adhérent dispose toutefois de la faculté d'adhérer à une garantie non soumise à questionnaire médical.

Un courrier vous est adressé par la CCAS, vous informant de l'acceptation (avec ou sans réserves médicales) ou du refus de votre adhésion.

L'adhésion est formalisée par l'envoi à l'ouvrant droit, par la CCAS, d'une attestation.

Sous réserve du paiement des cotisations, l'affiliation se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année. Elle prend fin en cas de survenance d'un des événements prévus à l'article 18.

ARTICLE 4 - FORMALITÉS D'AFFILIATION

Les demandes d'affiliation sont présentées à Solimut Mutuelle de France par l'intermédiaire de la CCAS.

Afin de formaliser votre affiliation, vous devez compléter et signer le bulletin d'affiliation qui vous a été remis par la CCAS ou directement sur le site www.ccas.fr, puis le lui remettre, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Photocopie de votre pièce d'identité et de celles de vos ayants droit ; pour vos enfants, une copie de votre livret de famille est également acceptée ;
- Justificatif de vos revenus (Bulletin de salaire ou pension de retraite) ;
- Mandat SEPA accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire avec BIC et IBAN à votre nom ;
- Pour vos enfants de plus de 21 ans : un certificat de scolarité.

La CCAS se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire.

Lors de votre adhésion au contrat, vous choisissez :

- Les personnes assurées ;
- Les garanties retenues pour chacune d'elles ;
- Le montant des capitaux garantis sur la tête de chacune des personnes assurées ;

- En outre, pour la seule garantie « Accidentelle », vous devez également choisir une répartition du capital garanti entre les risques Décès et Infirmité.

Lors de votre adhésion, vous pouvez :

- Adhérer seul en tant qu'ouvrant droit, vos ayants droit ne seront alors pas couverts ;
- Faire uniquement adhérer vos ayants droit, vous ne serez alors pas couvert par le contrat ;
- Adhérer en tant qu'ouvrant droit avec vos ayants droit, vous serez alors tous couverts sur le contrat.

Les garanties retenues pour chaque adhérent peuvent être identiques ou différentes de celles retenues par l'ouvrant droit adhérent pour lui-même, dans les conditions et limites prévues au contrat.

Il est précisé que si vous êtes deux agents mariés ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage, vous pouvez demander votre adhésion au contrat : soit chacun en qualité d'ouvrant droit, soit l'un d'entre vous en qualité d'ouvrant droit et l'autre en qualité de conjoint ayant droit. Il est précisé que dans ce cas, au titre de la garantie Invalidité Toutes causes, seul celui d'entre vous adhérent en qualité d'agent ouvrant droit bénéficiera de cette garantie, celui adhérent en qualité de « conjoint » ne pourra en aucun cas bénéficier de cette garantie ni la souscrire seule. Dans le cas où les deux agents souscrivent en qualité d'ouvrant droit, les enfants du foyer ne seront rattachés qu'à un des deux contrats.

En tout état de cause, il est précisé que vous ne pouvez en aucun cas être à la fois agent ouvrant droit et « conjoint ».

Aucune formalité médicale n'est demandée pour la garantie « Accidentelle » ainsi que pour les enfants à charge. Également, si la demande d'affiliation ou de modification de garantie intervient moins de 6 mois après la date de votre entrée en fonction dans les IEG ou après la date du décès de l'agent ; vous n'êtes pas soumis au questionnaire médical.

En revanche, pour tous les autres cas, un questionnaire médical est exigé dans les conditions suivantes :

- Si la demande d'affiliation ou de modification intervient plus de 6 mois après la date de votre entrée en fonction dans les IEG ou après le décès de l'agent et que vous avez moins de 40 ans : vous et votre conjoint ayant droit devez compléter et signer un questionnaire médical simplifié sous pli cacheté confidentiel, adressé au médecin conseil du département assurance de la CCAS. Un questionnaire médical complet devra être rempli lorsqu'une réponse positive est apportée à certaines questions du questionnaire médical simplifié.
- Si la demande d'affiliation ou de modification intervient plus de 6 mois après la date de votre entrée en fonction dans les IEG ou après le décès de l'agent et que vous avez plus de 40 ans : vous et votre conjoint ayant droit devez compléter et signer un questionnaire médical complet sous pli cacheté confidentiel, adressé au médecin conseil du département assurance de la CCAS.

Si vous avez bénéficié, en tant qu'agent, du règlement d'un capital Invalidité / Infirmité permanente au titre des garanties « Toutes causes » et / ou des garanties « Accidentelle », vous pouvez ré-adhérer au contrat après présentation d'un certificat médical de moins de 3 mois et pour les garanties « Toutes causes » d'un questionnaire de santé complet, sous réserve de l'acceptation par le médecin conseil de la CCAS agissant sur délégation de Solimut Mutuelle de France.

Il est précisé que :

- Les questionnaires médicaux, quels qu'ils soient, demeurent valables pendant 3 mois. Au-delà, un nouveau questionnaire devra être rempli par l'adhérent ;
- Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser sous pli cacheté confidentiel, au médecin conseil du département assurance de la CCAS, agissant sur délégation de Solimut Mutuelle de France.

Vous avez la possibilité de renoncer à votre affiliation au contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de l'attestation d'affiliation au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e), déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat IDCP N° 93006 IDCP 01 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.223-8 du Code de la mutualité. »

La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes que vous avez versées, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la demande par Solimut Mutuelle de France.

ARTICLE 5 - MODIFICATIONS EN COURS D’AFFILIATION

En cours d'affiliation peuvent être modifiés ou mis à jour :

- Les personnes assurées ;
- Les garanties retenues pour chacune d'elles (ajout ou retrait), sauf pour la garantie Dépendance qui ne peut pas faire l'objet de modifications ;
- Le pourcentage retenu du salaire, de la pension ou du PASS déterminant le montant total du capital à assurer au titre des trois volets de garanties ;
- Pour la seule garantie « Accidentelle », la répartition entre les risques « Décès » et / ou « Infirmité permanente ».

En cas de changement d'adresse, de statut, de situation familiale, de domiciliation bancaire ou de tout autre élément renseigné sur le bulletin d'adhésion, vous devez en informer la CCAS dans les plus brefs délais. La CCAS, en tant qu'organisme gestionnaire, se réserve le droit de demander les justificatifs nécessaires.

En outre, toute modification, tant à la hausse qu'à la baisse, du salaire ou de la pension intervenant pendant l'affiliation doit être déclarée afin que le montant des capitaux garantis et cotisations évolue également.

En tout état de cause, lors de votre départ à la retraite, vous devez déclarer le montant de la pension qui servira au calcul des cotisations puis au règlement des capitaux le cas échéant.

Si vous n'effectuez pas la déclaration d'une modification des salaires/pensions servant au calcul des capitaux garantis et des cotisations correspondantes, ou en cas de déclaration tardive de la modification :

- **Aucun remboursement de cotisation ne sera effectué pour la période antérieure à la déclaration de la modification de salaire/pension ;**
- **En cas de sinistre, les capitaux garantis seront dans tous les cas déterminés en fonction du salaire ou de la pension effectivement perçu(e) et déclaré(e) à la date du sinistre, limité(e) à celui (celle) ayant servi au calcul de la cotisation. En conséquence, le salaire ou la pension servant de base au paiement de la cotisation est le salaire ou la pension retenue pour le paiement de la prestation.**

Les demandes de modification de garanties à la hausse doivent être réalisées, pour chacun des adhérents :

- Avant que vous ayez atteint l'âge légal de départ à la retraite plus douze mois pour les garanties « Toutes Causes » et « Accidentelles » ;
- Avant vos 49 ans inclus pour la garantie Rente Viagère de Conjoint ;
- Avant la liquidation de votre pension de retraite pour la garantie Rente Education.

Après ces âges, vous ne pouvez plus que modifier vos capitaux à la baisse.

Aucune modification du capital à la baisse ne peut être réalisée pour la garantie Dépendance.

En cas d'augmentation des capitaux garantis ou de souscription d'une nouvelle garantie au cours de l'affiliation, les formalités d'affiliation et médicales décrites à l'article 4 devront être accomplies comme s'il s'agissait d'une nouvelle affiliation au contrat. Si votre demande est refusée, ou si votre demande fait l'objet d'une acceptation avec réserves médicales et que vous n'acceptez pas ces réserves, vous resterez garanti dans les conditions antérieures à votre demande.

Concernant la garantie Invalidité Handicap, à compter de la reconnaissance de l'invalidité, aucune modification des garanties souscrites ou des capitaux garantis ne pourra être effectuée.

Toute demande de modification doit faire l'objet d'un bulletin d'adhésion modificatif adressé par l'ouvrant droit à la CCAS. La CCAS valide la modification et adresse à l'ouvrant droit une attestation mentionnant la validation et la date d'effet de la modification.

Les demandes de modification qui ont une incidence sur le montant de la cotisation prennent effet :

- Le mois suivant le jour de la réception de la notification de cette modification à la CCAS quand celle-ci est intervenue entre le 1^{er} et le 15 du mois ;
- Le 2^e mois suivant le jour de la réception de la notification de cette modification à la CCAS, quand celle-ci est intervenue entre le 16 et le 31 du mois.

Dans le cas où les demandes de modifications ne sont pas recevables, un courrier de refus est adressé à l'ouvrant droit. Si la modification est refusée, vous resterez toutefois garanti dans les conditions antérieures à votre demande.

En cas de modifications apportées à la présente notice, vous serez préalablement informé par la CCAS. Vous avez alors la possibilité de dénoncer votre affiliation, dans un délai d'un mois à compter de la prise d'effet de ces modifications.

ARTICLE 6 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES AGENTS DÉJÀ ASSURÉS AU 31 DÉCEMBRE 2008 AU TITRE DES GARANTIES IDCP "M" IDCP "A" OU IDCP "N"

Si, en tant qu'agent, vous étiez déjà assuré, au titre des précédentes garanties IDCP (« A », « M » ou « N »), vous êtes assuré, sans aucune formalité, depuis le 1^{er} janvier 2017 pour les mêmes garanties et sans aucune modification des capitaux souscrits ou de leur répartition. Cette mesure est également applicable si vous bénéficiez de la garantie IDCP « M » en cas de « Décès du conjoint » au 31 décembre 2008.

Vous bénéficiez des exactes conditions de garanties en vigueur au 31 décembre 2008 (y compris les éventuelles limites ou exclusions de garanties qui vous ont été notifiées au titre du contrat IDCP « M ») et êtes assuré par le nouveau contrat qui ne peut avoir pour effet de réduire le montant ou l'étendue des garanties dont vous bénéficiiez à la date de ce transfert.

Dans le cas où vous souhaiteriez modifier vos garanties (modification des capitaux souscrits, ajout de garanties non souscrites au 31 décembre 2016, modification des bénéficiaires en cas de décès...), une nouvelle demande d'affiliation devra être obligatoirement complétée.

Il est précisé qu'au titre des garanties « Toutes causes » :

- Si vous êtes actif, vous pourrez augmenter le capital souscrit dans la limite, en fonction de votre âge à la date de votre demande, de :
 - 400% de votre salaire si vous êtes âgé de moins de 55 ans (ou de moins de 71 ans si vous avez au moins un enfant à charge) ;
 - 200% de votre salaire si vous êtes âgé de 55 ans et plus.
- Le niveau des capitaux garantis à compter de la liquidation de votre pension vieillesse est dans tous les cas limité à celui garanti avant cette date et vous ne pouvez plus que modifier vos capitaux à la baisse.

Il est précisé que si Solimut Mutuelle de France refuse les modifications à la hausse souhaitée, vous resterez toutefois garanti dans les conditions antérieures à votre demande.

ARTICLE 7 - RÉSILIATION

L'adhésion et l'affiliation sont souscrites pour une première période d'un an. Elles se renouvellent, au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation notifiée par l'adhérent.

Les demandes de résiliation doivent être notifiées par l'ouvrant droit par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, à la CCAS. Les cotisations dues et prélevées sont acquises. Le prélèvement cessera :

- Le mois suivant le jour de la réception de la notification de cette résiliation à la CCAS quand celle-ci est intervenue entre le 1^{er} et le 15 du mois ;
- Le 2^e mois suivant le jour de la réception de la notification de cette résiliation à la CCAS, quand celle-ci est intervenue entre le 16 et le 31 du mois.

LES COTISATIONS

ARTICLE 8 - ASSIETTE

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence défini à l'article 12 de la présente notice.

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont prévues en annexe 1 de la notice d'information. Le montant des cotisations relatif à la garantie que vous avez choisie est indiqué sur votre attestation d'adhésion au contrat IDCP. Les cotisations sont établies par année civile et évoluent automatiquement en fonction de vos indices liés aux salaires et pensions ainsi qu'en cas d'évolution des garanties prévues par la notice d'information. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérent au contrat est inclus dans la cotisation.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation due pour chacun des adhérents est payable tant pour les ouvrants droits que pour l'ensemble des adhérents relevant de leur adhésion, mensuellement et à l'avance par prélèvement mensuel sur le compte bancaire de l'intéressé.

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le défaut de paiement d'une seule cotisation dans les dix jours de son échéance pourra entraîner l'envoi d'une lettre de rappel. Sans régularisation dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, la résiliation sera enregistrée.

Sous réserve de la validation de la CCAS, l'adhésion reprend effet au plus tôt à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

LES GARANTIES PRÉVOYANCE

ARTICLE 12 - SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire de référence est la base de calcul des prestations servies par Solimut Mutuelle de France en cas de sinistres. Le salaire de référence est :

- **Si vous avez la qualité d'agent ou de conjoint ayant droit :** le salaire brut de l'agent actif ou la pension brute de l'agent inactif tel(le) qu'il (elle) a été déclaré(e) par l'agent, se rapportant au mois au cours duquel s'est produit l'événement ouvrant droit au règlement du capital (décès, date de la décision médicale infirmité...), reconstitué(e) sur une base annuelle.

Le salaire est calculé à partir du niveau de rémunération-échelon (y compris le 13e mois et les majorations résidentielles permanentes ou saisonnières). Les prestations familiales (statutaires et légales y compris le sursalaire familial), les heures supplémentaires, les avantages en nature et les indemnités de toutes sortes (remplacement, etc.) n'entrent pas en ligne de compte.

Il est précisé que, sous réserve que l'agent en fasse expressément la demande à Solimut Mutuelle de France par l'intermédiaire de la CCAS :

- Lorsqu'un agent ne perçoit qu'un demi-salaire : ce demi-salaire peut être doublé afin que le montant du ou des capitaux souscrits ne soit pas modifié ;
- Le rappel de salaire perçu par l'agent bénéficiant d'un reclassement ou avancement personnel avec effet rétroactif ou d'une augmentation générale des salaires peut être pris en considération, afin de permettre l'évolution simultanée de la carrière de l'agent et du capital garanti sous réserve que la CCAS en soit informée dans les 6 mois.

Vous devez renseigner toute modification de votre rémunération ou de votre/vos pensions par mail ou par courrier au Département Assurance de la CCAS à l'adresse prévue à l'article 29. Dans tous les cas, le nouveau salaire déclaré sera actualisé dans le mois qui suit la modification si réception à la CCAS avant le 15 du mois en cours.

En cas d'augmentation rétroactive du salaire à la suite d'un contentieux avec votre employeur, le montant de la prestation versée et éventuellement le montant des cotisations payées pourront être réévalués, dans la limite du délai de prescription rappelé à l'article « Prescription ».

- **Si vous êtes veuf / veuve d'un agent décédé la qualité d'ouvrant droit vous est acquise sous réserve des conditions prévues à l'article 1 :**

- Si vous êtes veuf ou veuve de l'agent décédé : la pension de réversion que vous avez déclarée à la CCAS se rapportant au mois au cours duquel s'est produit l'événement ouvrant droit au règlement du capital (décès, date de la décision médicale infirmité...), reconstituée sur une base annuelle ;
- Si vous étiez le partenaire de PACS ou concubin de l'agent décédé : 60% du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit au règlement du capital (décès, date de la décision médicale d'infirmité...).

- **Si vous avez la qualité d'enfant à charge :**

100% du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit au règlement du capital (décès, date de la décision médicale d'infirmité...).

Lorsque la période de référence n'est pas complète notamment en raison de la date d'effet de la garantie, le salaire de référence annuel est reconstitué, sur la base des éléments de salaire communiqués par l'adhérent afin de compléter la période de référence.

Dans tous les cas le salaire de référence des prestations résulte des déclarations faites à Solimut Mutuelle de France par l'intermédiaire de la CCAS et doit correspondre à la base de la cotisation telle que définie à l'article 8. **Toute modification, à la hausse, du salaire ou de la pension, non déclarée à la CCAS ne sera en aucun cas prise en considération pour le calcul des prestations.**

ARTICLE 13 - PRESTATIONS

Article 13.1. Décès

Article 13.1.1. Décès toutes causes

En cas de décès, la CCAS verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dit « Capital décès Toutes Causes » dont le montant peut varier selon votre âge, le niveau de garantie que vous avez choisi et votre situation familiale. Votre situation de famille est celle au jour du décès.

Cette garantie vous concerne que vous soyez ouvrant droit, conjoint ayant droit ou enfant à charge de plus de 12 ans. Votre choix de garantie ainsi que les personnes à couvrir figurent sur votre bulletin d'adhésion.

MONTANT

| CAPITAL EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE | | | | | |
|--|-----|------|------|------|---------------------|
| Ouvrant droit et Conjoint Ayant droit ayant adhéré avant leur 54 ans inclus | | | | | |
| Jusqu'à 65 ans | 50% | 100% | 150% | 200% | 400% ⁽¹⁾ |
| Réduction du capital : de 65 ans à 70 ans inclus pour l'adhérent sans enfant à charge ⁽²⁾ | 25% | 50% | 75% | 100% | |
| De 65 ans à 72 ans inclus tant que l'adhérent a au moins un enfant à charge | 50% | 100% | 150% | 200% | 400% |

(1) Le capital de 400% est automatiquement réduit à 200% lorsque l'adhérent atteint 65 ans.

(2) La cotisation reste réglée sur le montant du capital souscrit avant la réduction (première ligne du tableau).

Ouvrant droit et Conjoint Ayant droit ayant adhéré à compter de 55 ans

| | | | | |
|---|-----|------|------|------|
| Jusqu'à 70 ans inclus ou 72 ans inclus si l'adhérent a au moins un enfant à charge | 50% | 100% | 150% | 200% |
|---|-----|------|------|------|

Enfant à charge

| | |
|---|------|
| De 12 ans à 21 ans ou 26 ans inclus répondant à la définition d'enfant à charge et sans limite pour les enfants en situation de handicap | 100% |
|---|------|

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES :

- Lorsque le décès de l'adhérent survient jusqu'aux 39 ans inclus, le capital est doublé ;
- Lorsque le décès de l'adhérent survient avant 72 ans inclus et qu'il a au moins un enfant à charge en situation de handicap, un capital supplémentaire égal à 100% du capital est versé au profit exclusif des enfants en situation de handicap. Ce capital peut être transformé en rente viagère pour chacun des enfants sous réserve qu'ils aient moins de 45 ans. Le capital est versé à l'administrateur légal des biens de l'enfant ou à l'enfant lui-même ;
- Lorsque le décès de l'agent assuré au 31 décembre 2008 au titre du contrat IDCP « M » survient jusqu'à 59 ans inclus et qu'il a moins de 15 ans d'ancienneté : le capital souscrit est doublé (non cumulable avec la majoration applicable jusqu'à 39 ans inclus) ;
- Lorsque le décès, du « conjoint » jusqu'à 67 ans inclus de l'agent assuré au 31 décembre 2008 au titre du contrat IDCP « M » et dans la mesure où aucune modification n'est intervenue au titre des garanties de cet agent après cette date : 10% du capital garanti sur la tête de l'agent prévu ci-dessus au titre du décès. L'agent doit être vivant lors de la survenance du décès du conjoint. Il est précisé qu'en cas de décès simultané de l'agent et de son « conjoint » survenant au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'agent est présumé avoir survécu au conjoint.

EXCLUSIONS

Solimut Mutuelle de France garantit le risque de décès, quelle qu'en soit la cause. Toutefois, le suicide, quelle que soit sa qualification, n'est couvert qu'après un an d'assurance continue au titre de la garantie Décès Toutes causes.

Également, Solimut Mutuelle de France ne garantit pas le risque décès résultant de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ainsi que le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie décès cesse dans les conditions prévues à l'article 18 et au plus tard :

Si vous êtes un ouvrant droit ou « conjoint » : jusqu'à vos 70 ans inclus sauf si vous avez des enfants à charge. Dans ce cas, la garantie « décès » peut se poursuivre, tant que vous avez au moins un enfant à charge, au plus tard jusqu'à vos 72 ans inclus.

Par ailleurs, si vous êtes un agent, le versement des capitaux spécifiques si vous étiez assuré au titre du contrat IDCP « M » au 31 décembre 2008 prend fin dans les conditions prévues à l'alinéa précédent et en tout état de cause :

- À la date de cessation des garanties reposant sur votre tête ;
- Dès que vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier de ces capitaux spécifiques (40^e anniversaire, 15 ans d'ancienneté et / ou 60^e anniversaire).

De plus, si vous êtes un conjoint, votre garantie cesse :

- À la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS ou de cessation du concubinage. Vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France par l'intermédiaire de la CCAS dans les plus brefs délais ;
- À la date du décès de l'agent. Toutefois, dans ce dernier cas, si vous acquérez la qualité d'ouvrant droit de la CCAS, vous pourrez effectuer à ce titre une nouvelle adhésion.

La garantie Décès du « conjoint » maintenue aux agents assurés au titre du contrat IDCP « M » au 31/12/2008 prend fin dans les conditions prévues aux alinéas précédents et en tout état de cause à la date :

- De cessation des garanties reposant sur la tête de l'agent assuré ;
- De modification, quelle qu'elle soit, des garanties reposant sur la tête de l'agent assuré ;
- À laquelle le « conjoint » est affilié au contrat, quelle que soit la garantie souscrite reposant sur sa propre tête ;
- Du 68^e anniversaire du « conjoint ».

Si vous êtes un enfant à charge : la garantie cesse au 1^{er} janvier de l'année civile de vos 21 ans et au plus tard jusqu'à 26 ans, à la fin du mois de la date d'anniversaire tant que vous êtes à charge fiscale et étudiant ou apprenti. Toutefois, l'enfant handicapé demeure garanti tant qu'il répond à la définition prévue à l'article 1. En outre, la garantie en cas de décès de l'enfant à charge prend fin à la date du décès de l'ouvrant droit.

Article 13.1.2. Décès accidentel

En cas de décès résultant d'un accident tel qu'il est défini ci-après, la CCAS verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital déterminé en fonction du niveau de garantie souscrit.

Il est précisé qu'en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, aucun capital ne sera versé par Solimut Mutuelle de France.

Est un accident au sens de la présente Notice, tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents au sens de la présente notice, notamment, la maladie, le malaise cardiaque ou vagal ; les hémorragies cérébrales d'origine non traumatique ; les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement ; les infarctus du myocarde ; les ruptures d'anévrisme d'origine non traumatique ; les accidents vasculaires cérébraux ; les lombalgies, lumbagos et les sciatiques d'origine non traumatiques ; les brûlures causées par une exposition au soleil ; les hydrocutions ; les hernies abdominales ; les lésions méniscales d'origine non traumatique (par exemple, liées à une dégénération du fait d'une arthrose du genou), les conséquences des opérations qui ne sont pas consécutives à un accident, les dommages corporels faisant suite à des actions répétitives.

Sont notamment admis comme accident : les lésions occasionnées par les courants électriques, le feu, les jets de vapeur, la foudre, etc., l'asphyxie par absorption de gaz ou de vapeurs délétères, l'asphyxie par immersion, les piqûres d'insectes et les morsures d'animaux y compris les venimeux, l'infection du sang mais seulement lorsqu'elle résulte directement d'un accident garanti au sens du contrat, les brûlures causées par tout appareil quelconque de bronzage artificiel, les conséquences d'empoisonnement accidentel, les cas d'insolation, congélation, lumbago traumatique, efforts musculaires (y compris la hernie), les accidents résultant de la pratique de tous les sports à titre d'amateur, sauf ce qui est exclu, les accidents dont l'adhérent peut être victime en voulant sauver des personnes ou des biens en détresse, les accidents d'ULM encourus par l'adhérent en tant que conducteur ou passager dès lors qu'il est appelé à utiliser ce type d'appareil dans le cadre de ses activités professionnelles (l'adhérent devra être titulaire des brevets et / ou licences indispensables pour en assurer le pilotage), sauf ce qui est exclu, les accidents d'aviation encourus par l'adhérent ayant pris place en qualité de passager à bord de tout appareil (le terme appareil comprend les hélicoptères) :

- De sociétés agréées pour le transport public de personnes ;
- Militaire ou appartenant à une administration publique, conduit par des pilotes dûment habilités par l'autorité dont ils relèvent ;
- Muni de certificat de navigabilité et piloté par des pilotes titulaires de leurs brevets et licences.

Cas particulier des événements nucléaires : la garantie Décès accidentel s'applique aux conséquences de l'exposition soudaine et fortuite d'un assuré à des rayonnements ionisants non conformes aux normes de son activité professionnelle telles que définies par la réglementation française, ainsi qu'aux conséquences des incidents ou accidents de fonctionnement survenant dans des installations de production nucléaires d'électricité, de fabrication de combustibles destinés à ces installations ou de retraitement des déchets de toute nature, ou encore au cours de la manutention ou du transport des déchets combustibles ou déchets.

Seuls les accidents, y compris les accidents du travail répondant strictement à cette définition ouvriront droit aux prestations après avis du médecin conseil de la CCAS.

Solimut Mutuelle de France et la CCAS ne sont pas tenus par les décisions de la Caisse d'Assurance Maladie dont relève l'adhérent et la reconnaissance en accident de travail par la Caisse d'un événement qui ne répondrait pas strictement à la définition du contrat n'ouvrira droit à aucune prestation.

Cette garantie vous concerne que vous soyez ouvrant droit, conjoint ayant droit, ou enfant à charge. Votre choix de garantie ainsi que les personnes à couvrir figurent sur votre bulletin d'adhésion.

MONTANT

CAPITAL EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE*

Ouvrant droit et Conjoint ayant droit

Jusqu'à 79 ans inclus 100% 200% 400% 600% 800%

Enfant à charge

De 12 ans à 21 ans ou 26 ans inclus répondant à la définition d'enfant à charge et sans limite pour les enfants en situation de handicap 100%

* L'adhérent doit répartir le capital entre le Décès Accidentel et l'Infirmité

Permanente Accidentelle. La répartition retenue figure sur le bulletin d'adhésion. L'enfant ne peut procéder à la répartition qu'à compter de ses 12 ans, avant cet âge, il n'est couvert que sur le risque Infirmité Permanente Accidentelle.

EXCLUSIONS

N'ouvrent pas droit au versement du capital « décès accidentel », le décès résultant des faits suivants :

- **L'accident survenant au cours d'une course de véhicules à moteur ;**
- **L'accident résultant de la pratique à titre amateur en tant que passager ou conducteur, d'un sport aérien (delta plane, vol à voile, parachutisme, pilotage des appareils aériens, y compris ULM, etc.) ;**
- **L'accident provenant directement de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeute et de mouvements populaires, de suicide, de rixes (sauf les cas de légitime défense). Toutefois, les attentats qui pourraient être commis sur votre personne au cours d'émeute ou de mouvements populaires restent garantis ;**
- **L'accident que vous causez ou provoquez intentionnellement (sauf les cas de légitime défense) ;**
- **L'accident déterminé par votre état d'aliénation mentale notoire ;**
- **L'accident résultant de votre état d'imprégnation alcoolique supérieur ou égal à celui fixé par le code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou dès lors que cet état est précisé sur le procès-verbal de l'accident ;**
- **Les conséquences des opérations ne faisant pas suite à un accident dont vous seriez victime ;**
- **Les accidents causés par les armes ou les engins destinés à exploser par la modification de structure du noyau de l'atome ;**
- **L'accident résultant de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;**
- **Le burn out.**

Le décès d'origine cardiaque ou vasculaire n'est pas considéré comme un décès consécutif à un accident.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie décès par accident cesse dans les conditions prévues à l'article 18 et au plus tard aux 79 ans inclus de l'adhérent.

De plus, si vous êtes un conjoint, votre garantie cesse :

- À la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS ou de cessation du concubinage. Vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France par l'intermédiaire de la CCAS dans les plus brefs délais ;
- À la date du décès de l'agent. Toutefois, dans ce dernier cas, si vous acquérez la qualité d'ouvrant droit de la CCAS, vous pourrez effectuer à ce titre une nouvelle adhésion.

Si vous êtes un enfant à charge : la garantie cesse au 1^{er} janvier de l'année civile de vos 21 ans et au plus tard jusqu'à 26 ans, à la fin du mois de la date d'anniversaire tant que vous êtes à charge fiscale et étudiant ou apprenti. Toutefois, l'enfant en situation de handicap demeure garanti tant qu'il répond à la définition prévue à l'article 1.

En outre, la garantie en cas de décès de l'enfant à charge prend fin à la date du décès de l'ouvrant droit.

Article 13.1.3. Bénéficiaires

L'adhérent, dès lors qu'il est majeur, peut désigner librement le(s) bénéficiaire(s) du capital, au moment de l'adhésion ou ultérieurement. Cette désignation peut être effectuée à l'aide du formulaire délivré par la CCAS.

La désignation particulière peut également être établie par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à la CCAS préalablement au décès de l'adhérent.

La désignation de bénéficiaire peut être modifiée à tout moment par l'adhérent et adressée par écrit à la CCAS. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation de celle-ci par le bénéficiaire, sauf accord de ce dernier.

En effet, avec votre accord, toute attribution de bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de l'affiliation au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit. Tant que vous êtes vivant, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de Solimut Mutuelle de France, de vous-même et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire.

L'acceptation n'est opposable à Solimut Mutuelle de France que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants.

L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts. Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

L'ouverture du droit des bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'adhérent.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la CCAS ou lorsque cette désignation est caduque, le capital sera versé conformément à la dévolution contractuelle suivante :

- **Si vous êtes un ouvrant droit ou conjoint ayant droit :**
 - À votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à votre partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un PACS ou à votre concubin ;
 - À défaut à vos enfants, nés et à naître, légitimes ou naturels, vivants ou représentés comme en matière de succession ;
 - À défaut à vos parents ;
 - Et à défaut à vos autres héritiers (les héritiers ayant renoncé à la succession ne pourront pas bénéficier du capital décès).
- **Si vous êtes un enfant majeur :**
 - À votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à votre partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un PACS ou à votre concubin ;
 - À défaut à vos enfants, nés et à naître, légitimes ou naturels, vivants ou représentés comme en matière de succession ;
 - À défaut, à vos parents ;
 - Et à défaut à vos autres héritiers (les héritiers ayant renoncé à la succession ne pourront pas bénéficier du capital décès).

• Pour l'enfant mineur à charge :

- À vos parents ;
- À défaut à la personne ayant supporté les frais d'obsèques ;
- Et à défaut à ses autres héritiers (les héritiers ayant renoncé à la succession ne pourront pas bénéficier du capital décès).

Si l'adhérent mineur a effectué une désignation particulière de bénéficiaire, celle-ci ne peut pas être prise en compte par la CCAS.

Nous vous recommandons de mettre à jour régulièrement votre désignation particulière de bénéficiaire(s) le cas échéant.

Article 13.1.4. Pièces justificatives

- Pour toute prestation en cas de décès :
 - Un exemplaire de l'extrait d'acte de décès ;
 - Le formulaire «Demande de versement de prestations décès» adressé par voie postale.
- Selon la situation, la CCAS vous demandera toutes autres pièces nécessaires au règlement de la prestation.
- Pour la garantie accidentelle uniquement, un certificat médical précisant la cause naturelle ou accidentelle du décès adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS.
 - Toutes autres pièces que la CCAS jugera nécessaires au règlement de la prestation.

Si l'origine de la réalisation du risque est un accident : le procès-verbal de l'accident ainsi que de toute autre pièce que la CCAS estimera nécessaire à l'instruction du dossier.

Il est entendu que le salaire servant de base au règlement de la prestation est le salaire déclaré à la CCAS à la date de survenance du sinistre.

Article 13.1.5. Paiement

Les prestations en cas de sinistres sont réglées par la CCAS pour le compte de Solimut Mutuelle de France au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le capital est partagé en fonction de la répartition que vous avez éventuellement indiquée ou, en l'absence de répartition ou de bénéficiaire(s) désigné(s), de façon égale entre bénéficiaires de même rang.

En cas de décès de la personne garantie, 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 dans un délai de 10 ans à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 du Code de la mutualité. À compter de la date du décès de l'adhérent et jusqu'à la date de réception par la CCAS 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'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

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

Article 13.2. Dépendance

Lorsque votre garantie Décès Toutes Causes ou votre garantie Accidentelle cesse car vous avez atteint la limite d'âge prévue par la présente notice, qu'il s'agisse de la garantie Décès Toutes Causes (13.1.1), de la garantie Décès Accidentel (13.1.2) ou de la garantie Infirmité Permanente Accidentelle (13.6) et que vous êtes reconnu en situation de dépendance, la CCAS vous verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France un capital à compter de votre déclaration d'entrée en dépendance.

L'état de dépendance doit être reconnu postérieurement à l'entrée en vigueur de la présente garantie.

Seuls les adhérents (ouvrant droit et/ou conjoint) ayant souscrit une garantie Décès Toutes Causes, Décès Accidentel et/ou Infirmité Permanente Accidentelle bénéficient de cette garantie Dépendance en relais de leur garantie ayant atteint son terme.

Vous êtes reconnu en situation de dépendance au titre de la présente notice, dès lors que vous êtes classés en GIR 1 à 4 au regard de la grille nationale AGGIR permettant de mesurer le degré de perte d'autonomie, et que cela a fait l'objet d'une validation par la CCAS au regard du certificat médical transmis.

MONTANT

Le capital est défini en fonction du montant de la cotisation mensuelle selon la règle qui suit :

- Vous avez souscrit un capital Décès Toutes Causes: pour chaque euros de cotisation mensuelle vous ouvrez droit à un capital de 400€ ;
- Vous avez souscrit un capital Décès Accidentel: pour chaque euros de cotisation mensuelle vous ouvrez droit à un capital de 250€.

À titre d'exemple : pour une cotisation mensuelle de 20€ au contrat IDCP, vous pouvez ouvrir droit à un capital en cas de dépendance de 8000€ si vous avez souscrit un capital Décès Toutes Causes, ou un capital de 5000€ si vous avez souscrit un capital Décès Accidentel.

Aucune modification de votre niveau de couverture n'est possible lorsque vous êtes couvert par la garantie Dépendance.

EXCLUSIONS

La situation de dépendance reconnue en GIR 5 et 6 est exclue de la présente garantie.

N'est pas pris en charge au titre de la garantie Dépendance, l'état de dépendance reconnu antérieurement à l'âge auquel entre en vigueur la présente garantie, à savoir l'âge limite de votre garantie décès prévu à l'article 13.1.1 ou 13.1.2. de la présente notice.

PIECES JUSTIFICATIVES

- Une attestation médicale d'état de dépendance remplie par vous, adhérent, ou votre représentant légal avec l'aide du médecin traitant ou d'un médecin hospitalier comprenant le niveau de dépendance et daté de la survenance d'entrée en dépendance ;
- Un certificat médical relatif à une demande d'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA) comprenant le niveau de dépendance et daté de la survenance d'entrée en dépendance ;
- Un Certificat médical comprenant le niveau de dépendance, délivré par le médecin traitant et daté de la survenance d'entrée en dépendance ;
- Une photocopie recto/verso de votre pièce d'identité ;
- Toutes autres pièces que Solimut Mutuelle de France jugera nécessaires au règlement de la prestation.

PAIEMENT

La CCAS verse le capital en une fois, dès réception de l'ensemble des pièces justificatives.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie Dépendance cesse dans les conditions prévues à l'article 18. Le versement du capital dépendance entraîne la cessation de la garantie. Si vous avez adhéré aux deux garanties Décès (Toutes Causes, Décès Accidentel et/ou Infirmité Permanente Accidentelle), la garantie ne cessera que lorsque le versement des deux capitaux dépendance aura été réalisé. La cessation de la garantie Dépendance entraîne la radiation du présent contrat.

Article 13.3. Rente de conjoint

En cas de décès survenant avant la date de liquidation de votre pension vieillesse et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite, Solimut Mutuelle de France verse une rente viagère au profit de votre conjoint, partenaire ou concubin survivant. La notion de conjoint est définie à l'article 1.

Cette garantie vous concerne si vous êtes un agent et / ou un conjoint ayant droit. Votre choix de garantie ainsi que les personnes à couvrir figurent sur votre bulletin d'adhésion. Vous devez avoir un conjoint, partenaire ou concubin à la date à laquelle vous demandez à souscrire la garantie.

MONTANT

Le montant annuel de la rente viagère est déterminé en pourcentage du salaire de l'agent tel que défini à l'article 12, selon l'option retenue et en fonction de votre âge à la date du décès.

TAUX DE RENTE ANNUELLE EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE

| Âge de l'adhérent au jour de son décès | Option 1 | Option 2 | Option 3 | Option 4 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Jusqu'à 40 ans inclus | 7,5% | 15% | 22,5% | 30% |
| De 41 à 50 ans inclus | 5% | 10% | 15% | 20% |
| De 51 ans à l'âge de liquidation de la retraite et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite | 2.5% | 5% | 7,5% | 10% |
| Capital spécifique en cas de non éligibilité au versement de la rente* | 25% | 50% | 75% | 100% |

* En cas de décès survenant après le divorce, la séparation, la rupture du PACS, la cessation du concubinage, l'agent ou le conjoint ayant droit n'est pas éligible au versement de la rente. En revanche, un capital sera versé conformément à la clause type prévue à l'article 13.1.3. à vos enfants, nés et à naître, légitimes ou naturels, vivants ou représentés comme en matière de succession, à vos parents et à défaut à vos autres héritiers.

EXCLUSIONS

Le suicide, quelle que soit sa qualification, n'est couvert qu'après un an d'assurance continue au titre de la garantie Rente viagère de conjoint du contrat.

Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu ainsi que le décès résultant de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Un exemplaire de l'extrait d'acte de décès.
- Photocopie intégrale du livret de famille (y compris la page vierge suivant le dernier enfant).
- Lorsque l'adhérent ne dispose pas de livret de famille ou si ce dernier n'est pas à jour, et uniquement dans ces cas, la photocopie intégrale de l'acte de naissance avec mentions.
- En cas de PACS, récépissé de l'enregistrement de la déclaration conjointe des partenaires du Pacte Civil de Solidarité.
- En cas de concubinage, attestation justifiant du domicile commun (avis d'imposition, bail).
- Le dernier avis d'imposition du défunt.
- Les coordonnées bancaires (RIB) du bénéficiaire.
- Toutes autres pièces que Solimut Mutuelle de France jugera nécessaires au règlement de la prestation.

Chaque année, le bénéficiaire s'engage à communiquer à Solimut Mutuelle de France une attestation sur l'honneur de sa situation familiale accompagnée d'un acte de naissance datant de moins de trois mois avec mentions marginales. Il est entendu que le salaire servant de base au règlement de la prestation est le salaire déclaré à la CCAS à la date de survenance du sinistre.

PAIEMENT

La rente conjoint est payable mensuellement par Solimut Mutuelle de France, à terme échu, à compter du décès de l'adhérent. La rente revient d'autorité au conjoint survivant concerné non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire survivant avec lequel l'adhérent est lié par un PACS et à défaut au concubin survivant. Le paiement de la prestation est subordonné à la communication des pièces justificatives mentionnées ci-dessus.

TERME DU VERSEMENT

Le versement de la Rente de Conjoint cesse en cas de mariage, de la formation d'un PACS ou de concubinage du bénéficiaire et en tout état de cause à la fin du mois du décès du bénéficiaire. **Le bénéficiaire s'engage à déclarer tout événement à Solimut Mutuelle de France dans les plus brefs délais. À défaut, Solimut Mutuelle de France pourra exiger le remboursement des prestations indues.**

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 18, à la liquidation de la pension de vieillesse y compris pour inaptitude au travail et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.

La garantie Rente viagère de « conjoint » en cas de décès cesse en tout état de cause, que vous soyez agent ou « conjoint », à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS ou de cessation du concubinage et vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France dans les plus brefs délais.

Article 13.4. Rente éducation

En cas de décès survenant avant la date de liquidation de votre pension vieillesse et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite, Solimut Mutuelle de France verse à chacun des enfants à charge de l'adhérent définis à l'article 1, quel qu'en soit le nombre, une rente temporaire immédiate.

Il est précisé que si l'adhérent est l'ouvrant droit, les seuls enfants à charge peuvent être couverts.

Si l'adhérent est le conjoint ayant droit, seuls les enfants à charge peuvent être couverts.

Cette garantie vous concerne si vous êtes un ouvrant droit et / ou un conjoint ayant droit. Votre choix de garantie ainsi que les personnes à couvrir figurent sur votre bulletin d'adhésion. Vous devez avoir au moins un enfant à charge au sens du contrat à la date à laquelle vous demandez à souscrire la garantie.

MONTANT

Le montant annuel de la rente est déterminé en pourcentage du salaire de l'ouvrant droit tel que défini à l'article 12, selon l'option retenue et suivant l'âge de l'enfant à la date du décès.

Le montant progresse ensuite en fonction de l'âge de l'enfant. Le changement de taux s'effectue au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint ses 11 ans et 18 ans.

Pour l'enfant en situation de handicap, le montant de la rente est fixé quel que soit son âge.

Si l'enfant est orphelin de père et de mère, le montant de la rente est doublé.

CAPITAL EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE DE L'OUVRANT DROIT

| Âge de l'enfant | Option A | Option B |
|---|----------|----------|
| Jusqu'à 10 ans inclus | 5% | 10% |
| De 11 à 17 ans inclus | 7,5% | 15% |
| De 18 à 21 ans inclus ou 26 ans inclus* | 10% | 20% |
| Rente viagère enfant Handicapé | 10% | 20% |
| Capital spécifique en cas de non éligibilité au versement de la rente** | 12,5% | 25% |

* S'il remplit les conditions de l'article 1 (enfant à charge).

** Lorsqu'il n'y a plus aucun enfant à charge au jour du décès, aucune rente n'est versée. En revanche, un capital est versé conformément à la clause type prévue à l'article 13.1.3.

EXCLUSIONS

Le suicide, quelle que soit sa qualification, n'est couvert qu'après un an d'assurance continue au titre de la garantie Rente temporaire d'éducation.

Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu ainsi que le décès résultant de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Un exemplaire de l'extrait d'acte de décès.
- Le formulaire « Demande de versement de prestations décès ».
- La Carte Nationale d'Identité du ou des bénéficiaire(s).
- Le dernier avis d'imposition du défunt.
- Les coordonnées bancaires (RIB) du ou des bénéficiaire(s).
- Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des enfants, le cas échéant.
- Pièces justifiant de la qualité d'enfant(s) à charge telle que définie à l'article 1, à compter du 21^e anniversaire.
- Toutes autres pièces que Solimut Mutuelle de France jugera nécessaires au règlement de la prestation.

Il est entendu que le salaire servant de base au règlement de la prestation est le salaire déclaré à la CCAS à la date de survenance du sinistre.

PAIEMENT

La rente Éducation est payable mensuellement par Solimut Mutuelle de France, à terme échu, à compter du décès de l'adhérent. Le paiement de la prestation est subordonné à la communication des pièces justificatives mentionnées ci-dessus.

La rente est versée à l'administrateur légal des biens de l'enfant si ce dernier est mineur, ou s'il est majeur à l'enfant lui-même.

Le bénéficiaire doit justifier annuellement à compter de ses 21 ans que les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations continuent d'être remplies. En l'absence de justificatifs, le versement de la rente est suspendu. Le versement de la rente reprend en cas de reprise d'études si les conditions de mise en œuvre de la garantie sont remplies.

TERME DU VERSEMENT

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises, le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai Solimut Mutuelle de France. À défaut, Solimut Mutuelle de France pourra exiger le remboursement des prestations indues.

Les prestations cessent d'être versées au jour où le bénéficiaire ne justifie plus de sa qualité d'enfant à charge. Dans tous les cas, le versement de la prestation cesse au plus tard le 1^{er} octobre de l'année du 26^e anniversaire de l'enfant à charge dès lors qu'il n'est pas en situation de handicap.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 18, à la liquidation de la pension de vieillesse y compris pour inaptitude au travail et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite. Vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France dans les plus brefs délais.

En outre, si vous êtes le « conjoint » d'un agent, la garantie cesse en tout état de cause à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS ou de cessation du concubinage et vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France dans les plus brefs délais.

La garantie cesse également à la date du décès de l'agent. Toutefois, dans ce dernier cas, si vous acquérez la qualité d'ouvrant droit de la CCAS, vous pourrez effectuer à ce titre une nouvelle adhésion.

La garantie Rente temporaire d'éducation cesse en tout état de cause, que vous soyez ouvrant droit ou « conjoint », à la date à laquelle plus aucun enfant ne répond à la définition prévue à l'article 1 et vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France dans les plus brefs délais.

Article 13.5. Invalidité

Article 13.5.1. Invalidité toutes causes

La Garantie « Invalidité Toutes Causes » a pour objet le versement d'un capital si vous êtes mis en situation d'invalidité, dont le montant peut varier selon le niveau que vous avez choisi.

Mise en situation d'invalidité statutaire (ou conventionnelle):

La CCAS verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France, le capital garanti si, avant la liquidation de votre pension de vieillesse et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite, vous êtes à l'issue d'une période d'arrêt total et continu de travail de 1 an au minimum :

- Agent statutaire : en situation statutaire d'invalidité et classé en 2^e ou 3^e catégorie par la CNIEG ;
- Agent non statutaire et CPP (conventionné ou médecin) : classé par la Sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité ou reconnu par cet organisme atteint d'une invalidité dont le taux est au moins égal à 66% suite à un accident du travail ou une maladie d'origine professionnelle, mais non reconnu en état d'invalidité absolue et définitive par le médecin conseil de la CCAS.

Et que vous êtes dans l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Ce capital n'est versé qu'à l'issue d'une période minimale d'arrêt total et continu de travail de 1 an pendant laquelle vous avez bénéficié du maintien de vos ressources.

Mise en invalidité absolue et définitive (IAD) :

La CCAS verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France le capital garanti si, avant la liquidation de votre pension de vieillesse et au plus tard avant l'âge légal de départ à la retraite, vous êtes avant le terme d'une période d'arrêt total et continu de travail de 1 an au minimum, reconnu par le Médecin conseil de la CCAS, à dire d'expert, après consultation d'un médecin expert, en état d'invalidité absolue et définitive consécutivement à une maladie ou à un accident, vous mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle quelconque. Par ailleurs, les agents statutaires doivent justifier d'être mis en retraite d'office.

Il est précisé que les présentes dispositions s'appliquent pour toute invalidité (statutaire, conventionnelle ou absolue et définitive) notifiée à compter du 1^{er} janvier 2017, le délai de 5 ans de longue maladie antérieurement prévu demeurant applicable pour toute invalidité reconnue avant cette date.

MONTANT

CAPITAL EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE

| 50% | 100% | 150% | 200% | 400%* |
|-----|------|------|------|-------|
|-----|------|------|------|-------|

* Ce niveau de garantie ne peut être souscrit qu'avant vos 54 ans inclus.

Si, au jour de la décision de votre mise en situation d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou d'invalidité absolue et définitive, vous avez un ou plusieurs enfants en situation de handicap tel que défini à l'article 1, le bénéfice du capital supplémentaire au profit exclusif du ou des enfant(s) en situation de handicap égal à celui dû au titre de la garantie principale en cas de décès, est également acquis.

Le capital vous est versé ou est versé à l'administrateur légal des biens de l'enfant ou à l'enfant. Il est précisé qu'à la date de la décision d'invalidité, vous ou le représentant légal de l'enfant ou des enfants en situation de handicap bénéficiaires pourrez demander, pour le compte du ou des enfants que ce capital supplémentaire soit transformé en rente viagère au profit de chacun d'entre eux. Cette transformation du capital en rente viagère ne pourra s'opérer que si l'ensemble des bénéficiaires a moins de 45 ans. À défaut, le capital supplémentaire sera versé.

EXCLUSIONS

Aucun cas d'exclusion n'est prévu pour l'application de la garantie Invalidité « Toutes causes » en cas de mise en situation d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou en invalidité absolue et définitive.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour toute prestation en cas d'invalidité :

- Les coordonnées bancaires (RIB) de l'ouvrant droit.
- Formulaire « Déclaration d'invalidité ».
- Tout document prouvant l'identité et / ou la situation de famille au jour de l'évènement ouvrant droit au versement de la prestation.

Invalidité statutaire ou conventionnelle

Pour l'agent statutaire : la décision de mise en situation statutaire d'invalidité et notification chiffrée de la mise en situation statutaire d'invalidité - la copie de la notification d'attribution de pension d'invalidité par la CNIÉG - l'attestation RH ou tout document attestant de la période minimale d'un an d'arrêt de travail total et continu - le dernier bulletin de salaire et le premier bulletin de pension d'invalidité.

Pour l'agent non statutaire : la copie de la notification de classement en invalidité par la Sécurité sociale et du dernier bordereau de versement de la pension d'invalidité - l'attestation RH ou tout document attestant que l'agent a bénéficié du maintien de ressources depuis un an au moins - tout document attestant de la période d'un an d'arrêt de travail total et continu - le courrier de la CCAS attestant du maintien des ressources pendant ce délai d'un an (formulaire complément prestation vieillesse à jouissance immédiate) et le courrier attestant de l'ouverture du droit aux indemnités de Moyens d'Existence - le dernier bulletin de salaire et le premier bulletin de pension d'invalidité.

Pour l'invalidité absolue et définitive

Pour l'agent statutaire : le rapport du médecin traitant - l'attestation RH ou tout document attestant de la période minimale d'un an d'arrêt de travail total et continu - l'attestation de l'unité indiquant la date de départ de la longue maladie et la date de la mise en inactivité.

Pour l'agent non statutaire : le rapport du médecin traitant - l'attestation RH ou tout document attestant de la période minimale d'un an d'arrêt de travail total et continu - la copie de la notification de classement en invalidité catégorie 2 ou 3 par la Sécurité sociale - le courrier de la CCAS attestant de l'ouverture du droit aux indemnités de Moyens d'Existence.

Toutes autres pièces que la CCAS jugera nécessaires au règlement de la prestation.

Il est entendu que le salaire servant de base au règlement de la prestation est le salaire déclaré à la CCAS à la date de survenance du sinistre.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 18, à la liquidation de la pension de vieillesse et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.

Le versement du capital dû au titre de l'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou de l'invalidité absolue et définitive met fin à votre garantie Capital en cas de décès « Toutes causes ».

Article 13.5.2. Invalidité de l'agent assuré handicapé poursuivant une activité au sein des IEG (IPH)

La CCAS verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France un capital égal à 50% du capital garanti, lorsque, avant la liquidation de votre pension de vieillesse et au plus tard avant l'âge légal de départ à la retraite, vous êtes reconnu en état d'invalidité par le médecin conseil de la CCAS et que vous poursuivez néanmoins une activité professionnelle au sein des IEG.

Le droit à ce demi-capital est acquis :

- Si vous êtes titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L 243-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Si vous êtes bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ou qui, à dire d'expert, le seriez indépendamment des conditions de ressources maximales ;
- Et que vous justifiez d'un taux d'invalidité supérieur à 80%.

Ce droit est ouvert dès la date de reconnaissance de l'invalidité ou à défaut, à la date à laquelle vous avez repris un emploi dans les conditions adaptées à votre état. Vous restez alors garanti au titre des garanties Décès et Invalidité « Toutes Causes » souscrites à cette date, sans contrepartie de cotisations, aux autres conditions de garantie et d'âge pour l'autre moitié du capital garanti.

Il est précisé qu'après la date de reconnaissance de votre invalidité, vous ne pourrez plus modifier ni vos garanties souscrites, ni vos capitaux garantis.

L'invalidité doit être déclarée au plus tard 6 mois après la date de liquidation de votre pension de retraite ou au plus tard après l'âge légal de départ à la retraite. Il ne pourra être donné suite à aucune demande de règlement qui serait faite plus de 6 mois après cette date.

MONTANT

Le montant du capital est fixé à 50% du capital garanti au titre de l'Invalidité Toutes Causes.

Le capital versé viendra en déduction de l'éventuelle prestation versée postérieurement en cas de Décès Toutes Causes ou d'Invalidité Toutes Causes.

Il est entendu que dans ce cas, la réduction du capital Décès Toutes Causes lorsque le décès survient entre les 65 et 72 ans inclus de l'adhérent, n'est pas applicable.

EXCLUSIONS

Aucun cas d'exclusion n'est prévu pour l'application de la garantie.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Les coordonnées bancaires (RIB) de l'ouvrant droit.
- Formulaire « déclaration invalidité ».
- La photocopie de la carte d'invalidité permanente faisant état d'un taux égal ou supérieur à 80%.
- La photocopie de la notification de l'allocation supplémentaire ou de l'attestation de l'unité d'exploitation certifiant de la reprise d'un emploi dans des conditions adaptées ou handicap.
- Le dernier bulletin de salaire du mois au cours duquel l'agent a rempli les conditions requises.
- Toutes autres pièces que la CCAS jugera nécessaires au règlement de la prestation.

Il est entendu que le salaire servant de base au règlement de la prestation est le dernier salaire déclaré à la CCAS à la date de survenance du sinistre.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 18, à la liquidation de la pension de vieillesse et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.

Article 13.6. Infirmité permanente accidentelle

En cas d'infirmité permanente partielle ou totale résultant d'un accident vous atteignant dans l'exercice de votre profession ou au cours de votre vie privée, la CCAS vous verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France un capital déterminé proportionnellement au taux d'infirmité et en fonction du niveau de garantie.

Le taux d'infirmité est fixé par le médecin conseil de la CCAS agissant sur délégation du médecin conseil de Solimut Mutuelle de France après consolidation (la date de consolidation est le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent) des blessures selon le barème ci-annexé. Les médecins prennent position au vu du dossier médical produit ou s'ils l'estiment nécessaire après avoir recueilli l'avis d'un ou plusieurs médecins. Dans tous les cas, il n'est jamais tenu compte de votre âge et de votre profession.

Est un accident au sens de la présente Notice, tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents au sens de la présente notice, notamment, la maladie, le malaise cardiaque ou vagal ; les hémorragies cérébrales d'origine non traumatique ; les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement ; les infarctus du myocarde ; les ruptures d'anévrisme d'origine non traumatique ; les accidents vasculaires cérébraux ; les lombalgies, lumbagos et les sciatiques d'origine non traumatiques ; les brûlures causées par une exposition au soleil ; les hydrocutions ; les hernies abdominales ; les lésions méniscales d'origine non traumatique (par exemple, liées à une dégénération du fait d'une arthrose du genou), les conséquences des opérations qui ne sont pas consécutives à un accident, les dommages corporels faisant suite à des actions répétitives.

Sont notamment admis comme accident : les lésions occasionnées par les courants électriques, le feu, les jets de vapeur, la foudre, etc., l'asphyxie par absorption de gaz ou de vapeurs délétères, l'asphyxie par immersion, les piqûres d'insectes et les morsures d'animaux y compris les venimeux, l'infection du sang mais seulement lorsqu'elle résulte directement d'un accident garanti au sens du contrat, les brûlures causées par tout appareil quelconque de bronzage artificiel les conséquences d'empoisonnement accidentel, les cas d'insolation, congélation, lumbago traumatique, efforts musculaires (y compris la hernie), les accidents résultant de la pratique de tous les sports à titre d'amateur, sauf ce qui est exclu, les accidents dont l'adhérent peut être victime en voulant sauver des personnes ou des biens en détresse, les accidents d'ULM encourus par l'adhérent en tant que conducteur ou passager dès lors qu'il est appelé à utiliser ce type d'appareil dans le cadre de ses activités professionnelles (l'adhérent devra être titulaire des

brevets et / ou licences indispensables pour en assurer le pilotage), **sauf ce qui est exclu, les accidents d'aviation encourus par l'adhérent ayant pris place en qualité de passager à bord de tout appareil (le terme appareil comprend les hélicoptères) :**

- De sociétés agréées pour le transport public de personnes ;
- Militaire ou appartenant à une administration publique, conduit par des pilotes dûment habilités par l'autorité dont ils relèvent ;
- Muni de certificat de navigabilité et piloté par des pilotes titulaires de leurs brevets et licences.

Cas particulier des événements nucléaires : la garantie accidentelle s'applique aux conséquences de l'exposition soudaine et fortuite d'un assuré à des rayonnements ionisants non conformes aux normes de son activité professionnelle telles que définies par la réglementation française, ainsi qu'aux conséquences des incidents ou accidents de fonctionnement survenant dans des installations de productions nucléaires d'électricité, de fabrication de combustibles destinés à ces installations ou de retraitement des déchets de toute nature, ou encore au cours de la manutention ou du transport desdits combustibles ou déchets.

Seuls les accidents, y compris les accidents du travail répondant strictement à cette définition ouvriront droit aux prestations après avis du médecin conseil de la CCAS.

Solimut Mutuelle de France et la CCAS ne sont pas tenus par les décisions de la Caisse d'Assurance Maladie dont relève l'adhérent et la reconnaissance en accident de travail par la Caisse d'un événement qui ne répondrait pas strictement à la définition du contrat n'ouvrira droit à aucune prestation.

MONTANT

Tout accident susceptible d'ouvrir droit au règlement du capital doit être déclaré auprès d'un médecin dans les 10 jours ouvrés.

Si vous êtes atteint d'une infirmité antérieure à la survenance de l'accident garanti, il n'est pas tenu compte des lésions dues à cette infirmité pour déterminer le taux d'infirmité résultant de l'accident garanti.

Toutefois, dans le cas où le membre ou organe déjà infirme est atteint par d'autres lésions, l'indemnisation porte sur la différence entre votre état avant et après l'accident.

Lorsqu'il résultera d'un même accident plusieurs infirmités, les fractions du capital garanti au titre de chacune d'elles se cumuleront, sans que leur total puisse dépasser le montant total du capital garanti.

La prestation ne sera en aucun cas versée avant la date de consolidation à savoir la date à partir de laquelle les séquelles consécutives à l'accident garanti prennent un caractère permanent permettant de constater la stabilisation de l'état de santé. À la date de consolidation, l'état de santé ne peut pas s'améliorer ni se dégrader et est certifié par un médecin.

Le capital est versé à titre définitif, total et sans réserve. Votre situation ne peut pas faire l'objet d'une révision dans les cas d'amélioration ou d'aggravation de l'infirmité.

CAPITAL EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE*

Ouvrant droit et Conjoint ayant droit

Jusqu'à 79 ans inclus 100% 200% 400% 600% 800%

Enfant à charge

Jusqu'à 21 ans ou 26 ans inclus répondant à la définition d'enfant à charge et sans limite pour les enfants en situation de handicap 100%*

* L'adhérent doit répartir le capital entre le risque Décès Accidentel et Infirmité permanente. La répartition retenue figure sur le bulletin d'adhésion. L'enfant ne peut procéder à la répartition qu'à compter de ses 12 ans, avant cet âge, il n'est couvert que sur le risque Infirmité.

EXCLUSIONS

N'ouvrent pas droit au versement du capital :

- L'accident survenant au cours d'une course de véhicules à moteur ;
- L'accident résultant de la pratique à titre amateur en tant que passager ou conducteur, d'un sport aérien (delta plane, vol à voile, parachutisme, pilotage des appareils aériens, y compris ULM, etc.) ;
- L'accident provenant directement de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeute et de mouvements populaires, de suicide, de rixes (sauf les cas de légitime défense). Toutefois, les attentats qui pourraient être commis sur votre personne au cours d'émeute ou de mouvements populaires restent garantis ;
- L'accident que vous causez ou provoquez intentionnellement (sauf les cas de légitime défense) ;
- L'accident déterminé par votre état d'aliénation mentale notoire ;
- L'accident résultant de votre état d'imprégnation alcoolique supérieur ou égal à celui fixé par le code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou dès lors que cet état est précisé sur le procès-verbal de l'accident ;
- Les conséquences des opérations ne faisant pas suite à un accident dont vous seriez victime ;
- Les accidents causés par les armes ou les engins destinés à exploser par la modification de structure du noyau de l'atome ;
- L'accident résultant de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;
- Le burn out.

Le décès d'origine cardiaque ou vasculaire n'est pas considéré comme un décès consécutif à un accident.

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

- Le certificat de scolarité ou le certificat d'apprentissage ;
- Le formulaire de « déclaration d'infirmité permanente partielle ou totale par accident » ;
- Un certificat médical, daté de moins de 10 jours à compter de l'accident, précisant les lésions initiales adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS ;

- Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des enfants le cas échéant ;
- Le dernier avis d'imposition si l'accident concerne un enfant à charge ;
- Pour le paiement de la prestation : Un certificat médical précisant les lésions initiales, la date présumée de consolidation*, les conséquences pathologiques, physiques ou physiologiques de l'accident et leur développement connu; adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la CCAS ;
- Toutes autres pièces que la CCAS jugera nécessaires au règlement de la prestation.

* La date de consolidation est le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent.

Il est entendu que le salaire servant de base au règlement de la prestation est le dernier salaire déclaré à la CCAS à la date de survenance du sinistre.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie décès cesse dans les conditions prévues à l'article 18 et au plus tard aux 79 ans inclus de l'adhérent.

De plus, si vous êtes un conjoint, votre garantie cesse :

- À la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS ou de cessation du concubinage. Vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France par l'intermédiaire de la CCAS dans les plus brefs délais ;
- À la date du décès de l'agent. Toutefois, dans ce dernier cas, si vous acquérez la qualité d'ouvreur droit de la CCAS, vous pourrez effectuer à ce titre une nouvelle adhésion.

Si vous êtes un enfant à charge : la garantie cesse au 1^{er} janvier de l'année civile de vos 21 ans et au plus tard jusqu'à 26 ans, à la fin du mois de la date d'anniversaire tant que vous êtes à charge fiscale et étudiant ou apprenti. Toutefois, l'enfant en situation de handicap demeure garanti tant qu'il répond à la définition prévue à l'article 1.

En outre, la garantie en cas de décès de l'enfant à charge prend fin à la date du décès de l'ouvreur droit.

La garantie cesse également en cas de versement du capital « Invalidité Consécutives à un Accident du travail ».

Article 13.7. Invalidité consécutive à un accident du travail

La CCAS verse sur délégation de Solimut Mutuelle de France, un capital garanti en cas d'infirmité permanente accidentelle si, avant la date de liquidation de votre pension vieillesse et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite, vous êtes atteint, consécutivement à un accident du travail reconnu par la CCAS, d'une invalidité vous mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle quelconque et :

- Agent statutaire : mis en situation d'invalidité dès la date de consolidation des blessures en application des dispositions du Titre IV de l'Annexe 3 du Statut National et classé en 2e et 3e catégorie par la CNIEG ;
- Agent non statutaire (conventionné ou médecin) : reconnu par la Sécurité sociale atteint d'une invalidité dont le taux est au moins égal à 66%.

L'accident est défini à l'article 13.6.

Dans tous les cas de mise en situation d'invalidité totale par accident du travail, le droit au règlement du capital déterminé suivant la répartition préalablement effectuée par l'agent assuré, est ouvert :

- Agent statutaire : dès la déclaration réglementaire de mise en situation d'invalidité, prononcée dans les conditions prévues à l'article 4 de l'Annexe 3 du Statut National ;
- Agent non statutaire et CPP (conventionné ou médecin) : dès la déclaration réglementaire de mise en situation d'invalidité totale notifiée par la Sécurité sociale.

MONTANT

Le capital versé correspond à 100% du capital « Infirmié Permanente Accidentelle » choisi sur votre bulletin d'affiliation.

EXCLUSIONS

N'ouvrent pas droit au versement du capital :

- **L'accident survenant au cours d'une course de véhicules à moteur ;**
- **L'accident résultant de la pratique à titre amateur en tant que passager ou conducteur, d'un sport aérien (delta plane, vol à voile, parachutisme, pilotage des appareils aériens, y compris ULM, etc.) ;**
- **L'accident provenant directement de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeute et de mouvements populaires, de suicide, de rixes (sauf les cas de légitime défense). Toutefois, les attentats qui pourraient être commis sur votre personne au cours d'émeute ou de mouvements populaires restent garantis ;**
- **L'accident que vous causez ou provoquez intentionnellement (sauf les cas de légitime défense) ;**
- **L'accident déterminé par votre état d'aliénation mentale notoire ;**
- **L'accident résultant de votre état d'imprégnation alcoolique supérieur ou égal à celui fixé par le code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou dès lors que cet état est précisé sur le procès-verbal de l'accident ;**
- **Les conséquences des opérations ne faisant pas suite à un accident dont vous seriez victime ;**
- **Les accidents causés par les armes ou les engins destinés à exploser par la modification de structure du noyau de l'atome ;**
- **L'accident résultant de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;**
- **Le burn out.**

Le décès d'origine cardiaque ou vasculaire n'est pas considéré comme un décès consécutif à un accident.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Les coordonnées bancaires (RIB) du bénéficiaire.
- Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou d'incapacité par la Sécurité sociale.
- Décision de mise en situation statutaire d'invalidité.
- Un certificat médical précisant les lésions initiales, la date présumée de consolidation*, les conséquences pathologiques, physiques ou physiologiques de l'accident et leur développement connu ou présumé ; adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS.
- La dernière fiche de paie perçue par l'adhérent, et la fiche de paie du mois de survenance du sinistre.
- Formulaire « Demande de versement de prestation invalidité.
- Toutes autres pièces que la CCAS jugera nécessaires au règlement de la prestation.

* La date de consolidation est le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 18, à la liquidation de la pension de vieillesse et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.

Elle cesse en outre à la date à laquelle cesse votre garantie « Accidentelle » ou sa fraction en cas d'infirmité permanente accidentelle.

Le versement du capital dû au titre de l'invalidité consécutive à un accident du travail met fin à votre garantie Capital en cas d'infirmité permanente « accidentelle ». Vous restez toutefois garanti pour la fraction du capital en cas de décès accidentel.

Article 13.8. Assistance famille

En complément des garanties prévoyance, Solimut Mutuelle de France permet à ses adhérents de bénéficier de garanties d'assistance en inclusion.

Une notice d'information spécifique vous est remise définissant la nature des prestations fournies, ainsi que les conditions d'attribution de ces garanties.

La notice d'information est également mise à disposition sur le site internet de la CCAS.

Les garanties familiales « Assistance », sans qu'il soit nécessaire que chacune des personnes en bénéficiant soit individuellement assurée au titre du contrat, prennent effet à la date de la modification de la situation de famille de l'ouvrant droit en cas de mariage, conclusion d'un PACS ou de concubinage ou en cas de naissance d'enfant.

Article 13.9. Hospitalisation par suite d'accident

La garantie a pour objet d'accorder une indemnité journalière en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures, consécutive à un accident tel que défini par la présente notice, réalisée à l'hôpital, à la clinique ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle, prescrites par un médecin et reconnues par le médecin conseil de la CCAS. Sont également pris en considération les séjours pour convalescence dans un établissement spécialisé reconnu par la Sécurité sociale faisant suite à une hospitalisation.

L'hospitalisation doit être postérieure à la date de prise d'effet de la garantie. Vous devez adresser la déclaration de l'hospitalisation dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de sortie.

Est un accident au sens de la présente Notice, tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents au sens de la présente notice, notamment, la maladie, le malaise cardiaque ou vagal ; les hémorragies cérébrales d'origine non traumatique ; les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement ; les infarctus du myocarde ; les ruptures d'anévrisme d'origine non traumatique ; les accidents vasculaires cérébraux ; les lombalgies, lumbagos et les sciatiques d'origine non traumatiques ; les brûlures causées par une exposition au soleil ; les hydrocutions ; les hernies abdominales ; les lésions méniscales d'origine non traumatique (par exemple,

liées à une dégénération du fait d'une arthrose du genou), les conséquences des opérations qui ne sont pas consécutives à un accident, les dommages corporels faisant suite à des actions répétitives.

Sont notamment admis comme accident : les lésions occasionnées par les courants électriques, le feu, les jets de vapeur, la foudre, etc., l'asphyxie par absorption de gaz ou de vapeurs délétères, l'asphyxie par immersion, les piqûres d'insectes et les morsures d'animaux y compris les venimeux, l'infection du sang mais seulement lorsqu'elle résulte directement d'un accident garanti au sens du contrat, les brûlures causées par tout appareil quelconque de bronzage artificiel, les conséquences d'empoisonnement accidentel, les cas d'insolation, congélation, lumbago traumatique, efforts musculaires (y compris la hernie), les accidents résultant de la pratique de tous les sports à titre d'amateur, sauf ce qui est exclu, les accidents dont l'adhérent peut être victime en voulant sauver des personnes ou des biens en détresse, les accidents d'ULM encourus par l'adhérent en tant que conducteur ou passager dès lors qu'il est appelé à utiliser ce type d'appareil dans le cadre de ses activités professionnelles (l'adhérent devra être titulaire des brevets et / ou licences indispensables pour en assurer le pilotage), sauf ce qui est exclu, les accidents d'aviation encourus par l'adhérent ayant pris place en qualité de passager à bord de tout appareil (le terme appareil comprend les hélicoptères) :

- De sociétés agréées pour le transport public de personnes,
- Militaire ou appartenant à une administration publique, conduit par des pilotes dûment habilités par l'autorité dont ils relèvent
- Muni de certificat de navigabilité et piloté par des pilotes titulaires de leurs brevets et licences

Cas particulier des événements nucléaires : la garantie accidentelle s'applique aux conséquences de l'exposition soudaine et fortuite d'un assuré à des rayonnements ionisants non conformes aux normes de son activité professionnelle telles que définies par la réglementation française, ainsi qu'aux conséquences des incidents ou accidents de fonctionnement survenant dans des installations de productions nucléaires d'électricité, de fabrication de combustibles destinés à ces installations ou de retraitement des déchets de toute nature, ou encore au cours de la manutention ou du transport desdits combustibles ou déchets.

Seuls les accidents, y compris les accidents du travail répondant strictement à cette définition ouvriront droit aux prestations après avis du médecin conseil de la CCAS.

Solimut Mutuelle de France et la CCAS ne sont pas tenus par les décisions de la Caisse d'Assurance Maladie dont relève l'adhérent et la reconnaissance en accident de travail par la Caisse d'un événement qui ne répondrait pas strictement à la définition du contrat n'ouvrira droit à aucune prestation.

L'indemnité journalière vous est versée à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation. Le montant de cette indemnité est fixé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

L'indemnisation est effectuée tant que vous êtes hospitalisé ou effectuez votre convalescence en milieu hospitalier.

La garantie est accordée et prise en charge par la CCAS pour tous les agents assurés, et peut être individuellement souscrite par chacune des autres personnes assurées.

MONTANT

POURCENTAGE DU PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1,1% par jour

EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie :

- Les hospitalisations consécutives à une maladie, même d'origine accidentelle ;
- Les hospitalisations occasionnées par :
 - l'accident survenant au cours d'une course de véhicules à moteur ;
 - l'accident résultant de la pratique à titre amateur en tant que passager ou conducteur, d'un sport aérien (delta plane, vol à voile, parachutisme, pilotage des appareils aériens, y compris ULM, etc.) ;
 - l'accident provenant directement de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeute et de mouvements populaires, de suicide, de rixes (sauf les cas de légitime défense). Toutefois, les attentats qui pourraient être commis sur votre personne au cours d'émeute ou de mouvements populaires restent garantis ;
 - l'accident que vous causez ou provoquez intentionnellement (sauf les cas de légitime défense) ;
 - l'accident déterminé par votre état d'aliénation mentale notoire ;
 - l'accident résultant de votre état d'imprégnation alcoolique supérieur ou égal à celui fixé par le code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou dès lors que cet état est précisé sur le procès-verbal de l'accident ;
 - le burn out.

La garantie ne s'applique pas à l'hospitalisation en cours à la date de souscription de la garantie. L'hospitalisation liée à une affection d'origine cardiaque ou vasculaire n'est pas considérée comme une hospitalisation consécutive à un accident.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Les coordonnées bancaires (RIB) du bénéficiaire.
- Formulaire de déclaration d'hospitalisation.
- Bulletin d'entrée et de sortie établi par l'établissement hospitalier.
- Un compte rendu d'hospitalisation précisant la nature de l'accident et des soins réalisés adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS.
- Toutes autres pièces que la CCAS jugera nécessaires au règlement de la prestation.

PAIEMENT

La CCAS verse les indemnités journalières à l'issue de l'hospitalisation sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives.

TERME DU VERSEMENT

L'allocation journalière est versée dans la limite de 30 journées d'hospitalisation par accident. Lorsque plusieurs hospitalisations sont liées au même accident, la limite de prise en charge se calcule pour l'ensemble des hospitalisations.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie hospitalisation cesse dans les conditions prévues à l'article 18 et au plus tard aux 79 ans inclus de l'adhérent.

De plus, si vous êtes conjoint ouvrant droit et/ou conjoint ayant droit, votre garantie cesse :

- À la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS ou de cessation du concubinage. Vous vous engagez à déclarer cet événement à Solimut Mutuelle de France par l'intermédiaire de la CCAS dans les plus brefs délais ;
- À la date du décès de l'agent. Toutefois, dans ce dernier cas, si vous acquérez la qualité d'ouvrant droit de la CCAS, vous pourrez effectuer à ce titre une nouvelle adhésion.

Si vous êtes un enfant à charge : la garantie cesse au 1^{er} janvier de l'année civile de vos 21 ans et au plus tard jusqu'à 26 ans, à la fin du mois de la date d'anniversaire tant que vous êtes à charge fiscale et étudiant ou apprenti. Toutefois, l'enfant en situation de handicap demeure garanti tant qu'il répond à la définition prévue à l'article 1.

En outre, la garantie en cas de décès de l'enfant à charge prend fin à la date du décès de l'ouvrant droit.

ARTICLE 14 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Le montant des rentes faisant l'objet d'une indemnisation est revalorisé en fonction de l'évolution annuelle du Salaire National de Base (SNB) fixé conformément aux dispositions de l'article 9 du Statut National, le 1^{er} octobre de l'année qui suit le décès et tous les ans à la même date.

Solimut Mutuelle de France cessera la revalorisation des éventuelles prestations en cours de service à compter de la cessation des présentes garanties.

ARTICLE 15 - PRESTATIONS INDUES

Vous vous engagez à rembourser à la CCAS, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit.

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par Solimut Mutuelle de France ou la CCAS au titre de la répétition de l'indu.

En tout état de cause, Solimut Mutuelle de France ou la CCAS sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée que vous n'auriez pas remboursée, par toute voie de droit.

ARTICLE 16 - CONTRÔLE MÉDICAL DES PRESTATIONS

Solimut Mutuelle de France ou la CCAS peut soumettre vos déclarations à l'appréciation du médecin conseil de la CCAS et du médecin conseil de Solimut Mutuelle de France.

La CCAS peut diligenter un contrôle médical afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de votre état.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que les contrôles médicaux nécessitent un délai de traitement pour les médecins indépendants de la volonté de la CCAS et de Solimut Mutuelle de France. Également, en cas de refus de se soumettre à ce contrôle médical, la prestation ne sera pas versée, elle sera suspendue.

En cas d'Infirmitté Permanente résultant d'un accident garanti, le médecin conseil de la CCAS sur Délégation de Solimut Mutuelle de France déterminent les conséquences définitives de votre accident. Les capitaux sont dus dès votre acceptation, après consultation éventuelle de votre médecin.

En cas d'invalidité, le médecin conseil de la CCAS détermine si l'adhérent remplit les conditions prévues au contrat pour bénéficier de la prestation.

Dans tous les cas, le médecin conseil de la CCAS prend position au vu du dossier médical produit ou s'il l'estime nécessaire après avoir pris l'avis d'un ou plusieurs médecins généralistes ou spécialistes. Le médecin peut vous demander tout complément d'information, ou de réaliser toute expertise ou examen qu'il juge utile pour apprécier votre état.

Vous êtes tenu de vous soumettre à ce contrôle sous peine de suspension des droits à prestations.

La décision de la CCAS relative au refus, à la réduction ou à la cessation du versement des prestations, prise conformément aux conclusions du médecin désigné par elle, s'impose à vous sans que vous puissiez vous prévaloir de l'avis du médecin conseil de la Sécurité sociale et de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

À défaut d'accord de votre part sur les conclusions du médecin de la CCAS, le médecin conseil de Solimut Mutuelle de France est saisi et se prononce au vu du rapport déposé par le médecin conseil de la CCAS.

Au cas où vous contesteriez à nouveau la décision prise, un compromis d'arbitrage pourrait être établi aux termes duquel vous-même, la CCAS et Solimut Mutuelle de France vous en remettiez à la décision d'un médecin expert désigné par la CCAS au regard de votre situation géographique dans un souci de facilitation de vos démarches.

Chaque partie règle alors les frais et honoraires de son médecin, ceux du médecin expert étant partagés par moitié entre vous-même et Solimut Mutuelle de France. La décision rendue s'impose aux parties et n'est donc pas susceptible d'appel.

À défaut d'acceptation de cette procédure, le médecin expert sera désigné, à l'initiative de la partie la plus diligente, par le Tribunal compétent, statuant en référé. Dans cette hypothèse, chaque partie conservera à sa charge les débours qui lui sont propres.

Sauf dans le cas prévu au paragraphe précédent, vous ne pouvez pas intenter une action en justice jusqu'à ce que l'expertise ait eu lieu. Toutefois, à défaut pour la CCAS de faire procéder à cette expertise, après mise en demeure, vous recouvrirez tous vos droits à une action judiciaire.

Toute fraude, réticence ou fausse déclaration de votre part ayant pour objet d'induire Solimut Mutuelle de France et la

CCAS en erreur sur les circonstances ou les conséquences de l'accident, entraîne la perte du droit à l'indemnité. De même, la CCAS se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la régularité du montant des prestations.

En cas de fraude avérée, vous supporterez la totalité des honoraires du tiers expert.

ARTICLE 17 - MAINTIEN DE LA GARANTIE

Lorsque vous êtes en congé sans solde d'une durée égale ou supérieure à un mois, ou en congé sabbatique, ou en détachement ou encore en congé pour création d'entreprise, et que vous désirez le maintien, durant cette période, des garanties de votre contrat, il vous appartient, lors de votre mise en congé, d'en informer la CCAS.

Le montant des prestations afférentes aux garanties souscrites maintenues sera déterminé en fonction de votre salaire de référence en vigueur à la date du départ en congé. Il vous appartient si vous désirez le maintien de vos garanties de faire parvenir à la CCAS le montant des cotisations correspondantes, lors de sa mise en position de détachement et aussi longtemps que dure celui-ci.

Si, dans l'un ou l'autre de ces cas, vous n'avez pas manifesté expressément par écrit votre désir d'être maintenu au bénéfice du contrat pour vous-même et / ou pour les membres de votre famille assurés au titre de votre adhésion au contrat, vous cessez d'être couvert dès le premier jour de votre congé ou de votre détachement.

En cas de résiliation, Solimut Mutuelle de France s'engage à poursuivre le paiement des prestations en cours, au niveau atteint.

ARTICLE 18 - CESSATION DE LA GARANTIE

Vos garanties cessent de plein droit :

- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de décès de l'ouvrant droit ;
- À la date de résiliation du contrat collectif souscrit par la CCAS ;
- Lorsque l'adhérent ou le bénéficiaire ne remplit plus les conditions prévues par la présente notice (exemple : un agent quittant les IEG ne bénéficiera plus des garanties) ;
- Le dernier jour de la période au titre de laquelle la cotisation a été réglée lorsque l'adhérent demande la résiliation ou cessation de son adhésion ou affiliation au contrat.

La cessation de la garantie se traduit par l'arrêt du prélèvement des cotisations correspondantes ou leur remboursement si leur paiement a été poursuivi au-delà de la date en cause, sous réserve toutefois du respect des obligations de déclaration incombant à l'adhérent (notamment déclaration de la liquidation de sa pension vieillesse dès que celle-ci intervient).

GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 19 - SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, Solimut Mutuelle de France est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents ou de leurs bénéficiaires contre les tiers responsables.

ARTICLE 20 - FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations que vous faites servent de base à la garantie. Solimut Mutuelle de France et la CCAS se réservent la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits lors de la souscription, du versement des cotisations ainsi qu'au moment du versement des prestations.

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie qui vous est accordée par Solimut Mutuelle de France est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Solimut Mutuelle de France, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Solimut Mutuelle de France, 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 Solimut Mutuelle de France.

ARTICLE 21 - RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative à l'application du présent contrat, vous pouvez vous adresser à la CCAS par courrier :



**CCAS - DÉPARTEMENT
ASSURANCES PRÉVOYANCE**
8 rue de Rosny - BP 629
93104 MONTREUIL CEDEX



ccas.assurances-prevoyance@smeg.org

À compter de la réception de la réclamation, la CCAS ou Solimut Mutuelle de France vous apporte une réponse circonstanciée dans un délai de dix jours ouvrés.

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

ARTICLE 22 - MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par Solimut Mutuelle de France et après épuisement des voies de recours internes, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

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 via le site du Médiateur de la Mutualité Française :



<https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

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 un délai maximum de trois mois à compter 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 23 - PRESCRIPTIONS

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations et cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où Solimut Mutuelle de France 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où Solimut Mutuelle de France 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre Solimut Mutuelle de France a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

La prescription est 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 avec accusé réception adressée par Solimut Mutuelle de France à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à Solimut Mutuelle de France, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » de la présente notice.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations 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 le Souscripteur, ni Solimut Mutuelle de France 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.

ARTICLE 24 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat souscrit auprès de Solimut Mutuelle de France, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France en tant qu'organisme assureur et la Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Électriques et Gazières (C.C.A.S) en sa qualité de gestionnaire 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 contrat, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et prospection), de construction d'audience par profilage, de collecte et d'étude des questionnaires médicaux par les médecins conseil, 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 et de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle ainsi que par le respect de nos obligations légales et réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux).

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 Solimut Mutuelle de France et le Gestionnaire sont soumis.

Les destinataires des données sont le Souscripteur, les services de Solimut Mutuelle de France et du Gestionnaire en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les médecins conseils, 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 Solimut Mutuelle de France et du Gestionnaire tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de Solimut Mutuelle de France ou du Gestionnaire et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016 / 679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de Solimut Mutuelle de France et du Gestionnaire, 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 Solimut Mutuelle de France et du Gestionnaire. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

Vous et vos ayants droit disposez 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 vous concernant. Vous pouvez, afin d'exercer un de ces droits, contacter le Délégué à la Protection des Données de Solimut Mutuelle de France :

- Soit par mail à



dpo.smf@solimut.fr ;

- Soit par courrier à



DPO - SMF,
Solimut Mutuelle de France,
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 vous souhaiteriez faire valoir votre droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, nous vous 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 contrat, voire les statuts de Solimut Mutuelle de France.

Vous pouvez 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 25 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec Solimut Mutuelle de France et la CCAS, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société SAS CONSOPROTEC, sise 19 rue de la Vallée-Maillard, 41000 Blois ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la CCAS ou de Solimut Mutuelle de France.

ARTICLE 26 - VENTE À DISTANCE

Est qualifié 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 un site internet, 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.

Vous pouvez manifester votre 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 votre charge 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.

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit 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 vous recevez les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Pour exercer votre droit de renonciation, vous devez notifier à la CCAS votre 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. Les adresses de contact de la CCAS sont précisées à l'article 29 de la présente Notice.

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant:

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat (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. »

ARTICLE 27 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX 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 ses obligations par Solimut Mutuelle de France.

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, ayant droits, 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 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 Solimut Mutuelle de France 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 Solimut Mutuelle de France.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par Solimut Mutuelle de France 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 nécessaires au moment de la souscription du contrat, Solimut Mutuelle de France 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, Solimut Mutuelle de France peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

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 28 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Solimut Mutuelle de France est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 29-NOUS CONTACTER

Vous pouvez nous contacter :



Par téléphone :
01 84 980 980



Par mail :
ccas.assurances-prevoyance@asmeg.org



Par courrier :
**CCAS - DEPARTEMENT
ASSURANCES PRÉVOYANCE**
8 rue de Rosny - BP 629
93104 MONTREUIL CEDEX

ANNEXE 1

TABLEAU DE COTISATION

| PACK GARANTIES « TOUTES CAUSES » | | | | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------|--|--------|--------|--------|---------------|---------------|
| DÉCÈS TOUTES CAUSES, INVALIDITÉS | AGENT OUVRANT DROIT | Capital | En pourcentage du salaire ou de la pension | | | | | |
| | | | 50% | 100% | 150% | 200% | 400% | |
| | | Taux de cotisation | | | | | | |
| | | Taux réduit* | 0,337% | 0,675% | 1,012% | 1,349% | 2,698% | |
| | | Taux plein* | 0,397% | 0,793% | 1,190% | 1,587% | 3,174% | |
| INVALIDITÉS | AGENT OUVRANT DROIT | Capital | En pourcentage du salaire | | | | | |
| | | | 50% | 100% | 150% | 200% | 400% | |
| | | Taux de cotisation | | | | | | |
| | | Taux réduit* | 0,129% | 0,258% | 0,386% | 0,514% | 1,028% | |
| | | Taux plein* | 0,152% | 0,302% | 0,454% | 0,605% | 1,210% | |
| DÉCÈS TOUTES CAUSES | CONJOINT AYANT DROIT | Capital | En pourcentage du salaire ou de la pension | | | | | |
| | | | 50% | 100% | 150% | 200% | 400% | |
| | | Taux de cotisation | | | | | | |
| | | Taux réduit* | 0,034% | 0,069% | 0,103% | 0,138% | 0,276% | |
| | | | Taux plein* | 0,140% | 0,281% | 0,421% | 0,561% | 1,122% |
| | ENFANT À CHARGE | Capital | En pourcentage du PASS** | | | | | |
| | | | | 100% | | | | |
| | | Taux de cotisation | | | 0,024% | | | |

Lorsque l'adhérent a souscrit un capital décès et qu'il atteint la limite d'âge prévue par la notice, il bénéficie automatiquement et en relais de la Garantie Dépendance dont le montant des cotisations est identique à celui applicable à la garantie Décès. A ce titre, la cotisation reste maintenue.

| GARANTIE DE RENTES EN CAS DE DÉCÈS | | | | | | |
|------------------------------------|---|--------------------|---------------------------|----------|----------|--------------|
| RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT | AGENT OUVRANT DROIT CONJOINT AYANT DROIT | Capital | En pourcentage du salaire | | | |
| | | | Option 1 | Option 2 | Option 3 | Option 4 |
| | | Taux de cotisation | | | | |
| | | Taux réduit* | 0,29% | 0,57% | 0,86% | 1,15% |
| | | Taux plein* | 0,41% | 0,83% | 1,24% | 1,66% |
| RENTE TEMPORAIRE D'ÉDUCATION | AGENT OUVRANT DROIT CONJOINT AYANT DROIT | Capital | Option A | | Option B | |
| | | Taux de cotisation | | | | |
| | | Taux réduit* | 0,123% | | 0,244% | |
| | | Taux plein* | 0,216% | | 0,431% | |

* Depuis le 1^{er} mai 2022, taux réduit applicable de votre adhésion, lorsque vous adhérez avant votre 40^e anniversaire, jusqu'à votre 40^e anniversaire. À compter, de vos 40 ans, le taux plein est appliqué.

** Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

PACK GARANTIES « ACCIDENTELLE »

| DÉCÈS ACCIDENTEL ET / OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE | OUVRANT DROIT | Capital | En pourcentage du salaire ou de la pension | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|--|--------|--------|--------|---------------|
| | | | 100% | 200% | 400% | 600% | 800% |
| | | Taux de cotisation | | | | | |
| | | Taux réduit* | 0,082% | 0,162% | 0,324% | 0,486% | 0,649% |
| | | Taux plein* | 0,095% | 0,191% | 0,382% | 0,573% | 0,764% |
| | CONJOINT AYANT DROIT | Capital | En pourcentage du salaire ou de la pension | | | | |
| | | | 100% | 200% | 400% | 600% | 800% |
| | | Taux de cotisation | | | | | |
| | | Taux réduit* | 0,028% | 0,055% | 0,110% | 0,166% | 0,221% |
| | | Taux plein* | 0,056% | 0,112% | 0,225% | 0,338% | 0,451% |
| ENFANT AYANT DROIT | Capital | En pourcentage du PASS** | | | | | |
| | | 100% | | | | | |
| | Taux de cotisation | 0,024% | | | | | |

Lorsque l'adhérent a souscrit un capital décès accidentel et/ou une garantie infirmité permanente accidentelle et qu'il atteint la limite d'âge prévue par la notice, il bénéficie automatiquement et en relais de la Garantie Dépendance dont le montant des cotisations est identique à celui applicable à la garantie Décès. A ce titre, la cotisation reste maintenue.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

| | |
|--|--|
| ASSISTANCE FAMILLE assurée par IMA ASSURANCES | Aucune cotisation supplémentaire à verser par l'adhérent. |
| HOSPITALISATION | 0,121% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par adhérent. Aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'agent ouvrant droit uniquement. |

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Cotisation de l'agent garanti par le contrat IDCP « M » et / ou IDCP « A » au 31 / 12 / 2008 et repris par le contrat IDCP sans aucune modification depuis le 01 / 01 / 2017

| DÉCÈS TOUTES CAUSES | AGENT ACTIF OU INACTIF | En pourcentage du salaire ou de la pension | | | | | | | |
|---------------------|------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| | | Capital | 50% | 100% | 150% | 200% | 250% | 300% | 400% |
| | | Cotisations | 0,41% | 0,83% | 1,24% | 1,66% | 2,07% | 2,48% | 3,31% |

| DÉCÈS ACCIDENTEL ET / OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE | AGENT ACTIF OU INACTIF | En pourcentage du salaire ou de la pension | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| | | Capital | 50% | 100% | 200% | 300% | 400% | 500% | 600% | 700% | 800% |
| | | Cotisations | 0,048% | 0,095% | 0,191% | 0,286% | 0,382% | 0,477% | 0,573% | 0,668% | 0,764% |

* Depuis le 1^{er} mai 2022, taux réduit applicable de votre adhésion, lorsque vous adhérez avant votre 40^e anniversaire, jusqu'à votre 40^e anniversaire. À compter, de vos 40 ans, le taux plein est appliqué.

** Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

ANNEXE 2

ND/D : NON DOMINANT/DOMINANT
% : POURCENTAGE APPRÉCIÉ EN FONCTION DE
L'IMPORTANT DE LA PERTE FONCTIONNELLE DE MOBILITÉ.

BARÈME GARANTIE «INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE»

| TÊTE | | |
|---|-------------|-------------|
| CRÂNE | | |
| Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur : | | |
| Surface supérieure ou égale à 6 cm ² | | 40% |
| Surface supérieure ou égale à 3 cm ² et inférieure à 6 cm ² | | 20% |
| Surface inférieure à 3 cm ² | | 10% |
| Ablation de la mâchoire inférieure | | 100% |
| Ablation partielle de la mâchoire inférieure (branche montante) en totalité ou moitié du corps maxillaire | | 40% |
| OPHTALMOLOGIE | | |
| Perte totale des deux yeux | | 100% |
| Perte d'un oeil | | 40% |
| ORL | | |
| Surdité complète des deux oreilles | | 100% |
| Surdité complète d'une oreille | | 30% |
| Perte de la parole | | 100% |
| PSYCHIATRIE | | |
| Aliénation mentale incurable et totale | | 100% |
| Syndrome post-commotionnel des TC | | 5 à 20% |
| MEMBRE SUPÉRIEUR | | |
| ORTHOPÉDIE | | |
| Perte des deux bras ou des deux mains | | 100% |
| Perte d'un bras et d'une jambe | | 100% |
| Perte d'un bras et d'un pied | | 100% |
| Perte d'une main et d'une jambe | | 100% |
| Perte d'une main et d'un pied | | 100% |
| | ND | D |
| Perte d'un bras | 60% | 70% |
| Perte d'une main | 50% | 60% |
| Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable) | 40% | 50% |
| Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable) | 30% | 40% |
| EPAULE | | |
| Limitation sévère des mobilités : élévation et abduction <90° | 30% | 40% |
| Limitation modérée des mobilités : élévation et abduction <130° et >90° | 15% | 20% |
| Limitation légère des mobilités : élévation et abduction > 130 | Jusqu'à 8% | Jusqu'à 10% |
| Douleurs sans limitation fonctionnelle des mobilités, tendinite, périarthrite | Jusqu'à 3% | Jusqu'à 5% |
| COUDE | | |
| Ankylose du coude en position défavorable | 35% | 40% |
| Limitation sévère des mobilités entre 45° et 120° de flexion | 20% | 25% |
| Limitation modérée des mobilités entre 90° et 120° de flexion | 15% | 20% |
| Limitation légère des mobilités : flexion > 120° | Jusqu'à 10% | Jusqu'à 12% |
| Limitation isolée de la pronation et/ou de la supination | Jusqu'à 6% | Jusqu'à 10% |
| Douleurs sans limitation fonctionnelle des mobilités, tendinite, épicondylite | Jusqu'à 3% | Jusqu'à 5% |
| POIGNET | | |
| Limitation sévère des mobilités : flexion palmaire et/ou dorsale > 45° | Jusqu'à 25% | Jusqu'à 30% |
| Limitation légère à modérée des mobilités : flexion palmaire et/ou dorsale <45° | Jusqu'à 8% | Jusqu'à 10% |
| Limitation isolée de pronation et/ou supination | Jusqu'à 6% | Jusqu'à 10% |
| Douleurs sans limitation fonctionnelle des mobilités, tendinite | Jusqu'à 3% | Jusqu'à 5% |

MEMBRE SUPÉRIEUR

ORTHOPÉDIE

| | ND | D |
|--|-----|-----|
| Amputation de quatre doigts y compris le pouce (D1 + D2 + D3 + D4) | 45% | 55% |
| Amputation des quatre derniers doigts, pouce conservé (D2 + D3 + D4 + D5) | 35% | 40% |
| Amputation du pouce et de l'index (D1 + D2) | 30% | 40% |
| Amputation du pouce et d'un autre doigt que l'index (D1 + D3 ou D4 ou D5) | 25% | 35% |
| Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index (D3 + D4 + D5) | 20% | 25% |
| Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index (D3 + D4) (D3 + D5) (D4 + D5) | 14% | 17% |
| Amputation du pouce (D1) | 20% | 25% |
| Ankylose totale du pouce (D1) | 15% | 20% |
| Perte partielle du pouce (phalange unguéale) | 5% | 10% |
| Amputation totale de l'index (D2) | 10% | 15% |
| Amputation de deux phalanges de l'index (D2) | 8% | 10% |
| Amputation P3 de l'index (D2) | 3% | 5% |
| Amputation du médus (D3) | 8% | 10% |
| Amputation d'un doigt autre que le pouce, index, médus (D4 ou D5) | 6% | 7% |

NEUROLOGIE GAUCHE DROIT

| | | |
|--|-----|-----|
| Paralysie totale des membres supérieurs (lésion incurable des nerfs) | 5% | 65% |
| Paralysie complète du nerf circonflexe | 5% | 20% |
| Paralysie complète du nerf médian | 35% | 45% |
| Paralysie complète du nerf radial (à la gouttière de torsion) | 35% | 40% |
| Paralysie complète du nerf radial à l'avant-bras | 25% | 35% |
| Paralysie complète du nerf radial à la main | 20% | 25% |
| Paralysie complète du nerf cubital | 25% | 30% |

MEMBRE INFÉRIEUR

ORTHOPÉDIE

| | |
|--|------|
| Perte des deux jambes | 100% |
| Perte de deux pieds | 100% |
| Perte d'un bras et d'une jambe | 100% |
| Perte d'un bras et d'un pied | 100% |
| Perte d'une main et d'une jambe | 100% |
| Perte d'une main et d'un pied | 100% |
| Amputation de la cuisse (moitié supérieure) | 60% |
| Perte de substance osseuse (étendue de la cuisse ou de deux os de la jambe, état incurable) | 60% |
| Amputation de la cuisse (moitié inférieure) ou de la jambe | 50% |
| Perte de substance osseuse (étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse) | 40% |
| Raccourcissement d'un membre inférieur de 5 cm ou plus | 30% |
| Raccourcissement d'un membre inférieur de 3 cm ou plus mais moins de 5 cm | 20% |
| Raccourcissement d'un membre inférieur de 1 cm ou plus mais de moins de 3 cm | 10% |

HANCHE

| | |
|---|------------|
| Limitation sévère des mobilités : flexion <90° en fonction de l'importance | 20 à 45% |
| Limitation légère à modérée des mobilités : flexion >90° | 5 à 20% |
| Douleurs sans limitation fonctionnelle des mobilités, tendinite, périarthrite | Jusqu'à 5% |

GENOU

| | |
|---|------------|
| Limitation sévère des mobilités : flexion <90° | 20% à 30% |
| Limitation modérée des mobilités : flexion > 90° et < 110° | 10% à 20% |
| Limitation légère des mobilités : flexion > 110° | 5% à 10% |
| Douleurs sans limitation fonctionnelle des mobilités, tendinite, périarthrite | Jusqu'à 5% |
| Flessum >10° | +5% |
| Laxité | +5% |

MEMBRE INFÉRIEUR

ORTHOPÉDIE

| | |
|--|--------|
| Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements | 20% |
| Syndrome fémoro-patellaire | 2 à 3% |
| Arthrodèse de cheville (tibio-talienne + sous-talienne) | 30% |
| Perte totale du pied | 45% |
| Perte partielle du pied (désarticulation sous-astragalienne) | 40% |
| Perte partielle du pied (désarticulation médio-tarsienne) | 35% |
| Perte partielle du pied (désarticulation tarso-métatarsienne) | 30% |
| Amputation totale de tous les orteils | 25% |
| Amputation totale de quatre orteils dont le premier orteil | 20% |
| Amputation totale de quatre orteils | 20% |
| Ankylose du gros orteil | 10% |
| Amputation de deux orteils | 5% |
| Amputation d'un orteil (autre que le gros) | 3% |

NEUROLOGIE

| | |
|---|-----|
| Paralysie totale du membre inférieur (lésion incurable des nerfs) | 60% |
| Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe | 30% |
| Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne | 25% |
| Paralysie complète de 2 nerfs sciatiques (poplité externe et interne) | 50% |

RACHIS

| | |
|---|-----------|
| Limitation fonctionnelle des mobilités avec lésion anatomique documentée | 10% à 20% |
| Radiculalgie en lien avec une atteinte neurologique documentée | 6% à 10% |
| Limitation des mobilités et/ou douleurs sans lésion anatomique documentée | 3% à 5% |

Pour toute lésion non listée dans le barème ci-avant, le barème de droit commun s'applique.

L'ankylose des doigts (autres que le pouce et l'index) et des orteils (autres que le gros orteil) ne donnera droit qu'à 50% des indemnités prévues ci-dessus pour la perte desdits organes. Ces taux ne sont appliqués selon les valeurs indiquées que si l'amputation, l'ankylose, la paralysie ou les lésions sont complètes et totales. Les infirmités non énumérées ci-dessus sont indemnisées en proportion de leur gravité, comparée à celle des cas énumérés et sans tenir compte de la profession du blessé.

L'impotence fonctionnelle absolue et définitive d'un membre ou d'un segment de membre est assimilée à l'amputation de ce membre ou de ce segment de membre.

