

# MUTA SANTÉ

## Règlement mutualiste

Contrat labellisé Prévoyance  
pour les Agents territoriaux

Validé par le Conseil d'Administration du 25 octobre 2019



MUTA SANTÉ

# SOMMAIRE

<b>CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>5</b>
ARTICLE 1 – OBJET .....	5
ARTICLE 2 – MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE .....	5
ARTICLE 3 – CHAMP D'APPLICATION -OFFRE LABELISEE PREVOYANCE .....	5
ARTICLE 4 – PERTE DU LABEL .....	5
<b>CHAPITRE 2 – ADHESION</b> .....	<b>5</b>
ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHESION .....	5
ARTICLE 6 – MODALITES D'ADHESION ET CHOIX DES GARANTIES .....	5
ARTICLE 7 – DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHESION .....	6
ARTICLE 8 – DECLARATIONS DE L'AGENT.....	6
ARTICLE 9 – FACULTE DE RENONCIATION/RETRACTATION.....	6
ARTICLE 10 – MODIFICATION DE GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'AGENT .....	6
Article 10.1 - Délai à respecter .....	6
Article 10.2 - Date d'effet de la modification .....	6
ARTICLE 11 – CESSATION DE L'ADHESION .....	6
Article 11.1 - À l'initiative de l'Agent.....	6
Article 11.2 - À l'initiative de la Mutuelle.....	7
Article 11.3 – Autres causes de Résiliations.....	7
Article 11.4 - Conséquences de la cessation de l'Adhésion .....	7
ARTICLE 12 – DÉCLARATION DU RISQUE.....	7
Article 12.1 - Réticence et fausse déclaration intentionnelle.....	7
Article 12.2 - Fausse déclaration non intentionnelle.....	7
Article 12.3 - Fraude.....	7
ARTICLE 13 – SUBROGATION LEGALE – RECOURS CONTRE TIERS .....	8
ARTICLE 14 – PRESCRIPTION .....	8
Article 14.1 - Délai de prescription .....	8
Article 14.2 - Interruption de la prescription .....	8
ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE.....	8
ARTICLE 16 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES .....	8
ARTICLE 17 – OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE.....	9
ARTICLE 18 – DEMANDES / RÉCLAMATIONS - MEDIATION.....	9
ARTICLE 19 – VALEUR CONTRACTUELLE .....	9
ARTICLE 20 – LOI APPLICABLE .....	9
<b>CHAPITRE 3 – COTISATIONS</b> .....	<b>10</b>
ARTICLE 21 – MONTANT DES COTISATIONS .....	10
Article 21.1 - Fixation et évolution des cotisations .....	10
ARTICLE 22 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	10
Article 22.1 - Avis d'échéance .....	10
Article 22.2 - Modalités de paiement de la cotisation.....	10
Article 22.3 - Défaut de paiement des cotisations .....	10

Article 22.4 – Exonération des cotisations.....	10
<b>CHAPITRE 4 – PRESTATIONS .....</b>	<b>11</b>
ARTICLE 23 – DEFINITIONS .....	11
Article 23.1 - Objet des Garanties .....	11
Article 23.2 - Base de remboursement des Prestations .....	11
Article 23.3 - Révision des Garanties .....	11
ARTICLE 24 – REVALORISATIONS .....	11
Article 24.1 – Revalorisation des Prestations Incapacité -Invalidité .....	11
Article 24.2 – Revalorisation des Prestations décès .....	11
ARTICLE 25 – EXCLUSIONS - DECHEANCES .....	12
ARTICLE 26 – GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE CONSECUTIF A UNE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL .....	12
Article 26.1 – Objet de la Garantie .....	12
Article 26.2 – Montant de la prestation .....	12
Article 26.3 – Bénéficiaires des prestations.....	12
Article 26.4 – Période de Franchise et durée de la prestation .....	12
Article 26.5 – Terme du versement.....	13
Article 26.6 – Maintien des prestations.....	13
Article 26.7 – Montant et plafonds des Garanties .....	13
ARTICLE 27 – GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE .....	13
Article 27.1 – Objet de la Garantie .....	13
Article 27.2 – Montant de la prestation .....	13
Article 27.3 – Règle de cumul.....	13
Article 27.4 – Bénéficiaires des Prestations .....	13
Article 27.5 – Point de départ et service de la prestation.....	13
Article 27.6 – Terme du versement .....	13
Article 27.7 – Maintien des prestations.....	13
ARTICLE 28 – GARANTIE DECES .....	13
Article 28.1 – Objet de la Garantie .....	13
Article 28.2 – Montant de la prestation .....	13
Article 28.3 – Bénéficiaires des Prestations décès .....	14
ARTICLE 29 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS .....	14
Article 29.1 - Déclaration de Sinistre et formalités.....	14
Article 29.2 - Délai de versement des Prestations .....	14
ARTICLE 30 – CONTROLE ET EXPERTISE MEDICALE.....	14
ARTICLE 31 – POURSUITE DES REGLEMENTS INDUS.....	15
ARTICLE 32 – PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE .....	15
<b>CHAPITRE 5 - TABLEAU DES COTISATIONS ET PRESTATIONS .....</b>	<b>16</b>

## DEFINITIONS

Les termes et expressions inscrits dans le Règlement mutualiste en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

**Accident** : Toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'Assuré.

**Adhésion** : Lien contractuel entre la Mutuelle et l'Agent découlant de la signature d'un Bulletin d'Adhésion.

**Affiliation** : Acte administratif permettant de mettre en œuvre de l'Adhésion souscrite par l'Agent.

**Agent** : Personne relevant à travers son contrat de travail de la fonction publique territoriale et d'état.

**Assuré** : Personne physique sur laquelle pèse le risque. Il s'agit du Membre participant, de l'Agent signataire du bulletin d'Adhésion.

### Ayants droit :

- Le Conjoint du Membre participant ;
- Les enfants à charge du Membre participant :  
Sont réputés à charge du Membre participant, les enfants âgés de moins de 26 ans :
  - fiscalement à charge du Membre participant ou de son Conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours ;
  - scolarisé sous réserve de fournir un justificatif de scolarité à la Mutuelle ;
  - sous contrat d'apprentissage ou en alternance, sous réserve de fournir le contrat d'apprentissage ou justificatif correspondant ;
  - n'exerçant pas une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel supérieur à 75% du SMIC.

Quel que soit leur âge, sont considérés comme enfants à charges les enfants du Membre participant ou de son Conjoint, atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire.

**Bénéficiaire** : Personne qui recevra la Prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du Risque prévoyance garanti par l'Adhésion.

**Bulletin d'Adhésion** : Document destiné au Membre participant et de nature à permettre son Adhésion au présent Règlement.

**Certificat d'Adhésion** : Document administratif émis par la Mutuelle confirmant les conditions d'Adhésion du Membre participant.

**Conjoint** : le conjoint du Membre participant légalement marié, non séparé de corps ou de fait à la date de l'événement donnant lieu à Prestation ou à défaut :

- le partenaire lié par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil ;
- ou le concubin du Membre participant célibataire, divorcé ou veuf, au sens de l'article 515-8 du Code civil, sur présentation d'une attestation sur l'honneur.

**CNRACL** : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Territoriales.

**Forfait** : Prestation dont le montant fixe est indépendant des frais de soins réellement supportés par l'Assuré.

**Garantie** : Couverture constituée par un ensemble de prestations et souscrite à un tarif donné.

**Incapacité** : incapacité complète et temporaire reconnue par le médecin conseil de la mutuelle de se livrer à une quelconque activité professionnelle.

**Invalidité** : état physique ou mental reconnue par le médecin conseil de la mutuelle à la suite d'une maladie ou d'un accident mettant la personne dans l'incapacité partielle ou totale, permanente et présumée définitive de se livrer à un travail ou à une activité susceptible de lui procurer gain et profit.

**IRCANTEC** : Institution de Retraite complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivité publiques.

**Maladie** : affection mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer une fonction constatée par une autorité médicale.

**Membre participant** : Personne qui fait acte d'Adhésion, signataire du Bulletin d'Adhésion et acquittant les cotisations, dénommé également dans le présent document l'Agent ou l'Assuré.

**Mutuelle** : MUTA SANTÉ – Mutuelle Alsacienne pour la Santé, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN n° 394 152 474, dont le siège social est situé 20B rue de Chemnitz, 68200 MULHOUSE.

**Option** : Ensemble de Prestations dont peut bénéficier l'Agent et le cas échéant, les Ayants droit.

**PACS** : Sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité régi par les dispositions des articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil.

**Plafond** : Montant maximum de Prestation qui dépend des frais de soins réellement supportés par l'Assuré.

**Prestation** : Correspond à l'exécution de la Garantie par la Mutuelle.

**Questionnaire de santé** : document permettant au médecin conseil de MUTA SANTÉ d'évaluer les risques liés à l'Adhésion et de déterminer dans quelles conditions accepter ou non l'Adhésion.

**Risque** : Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'Assuré.

**Sinistre** : Correspond à la réalisation du Risque.

## CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### ARTICLE 1 – OBJET

Le présent Règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Membre participant, dénommé ci-après, « l'Assuré » ou « l'Agent » et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les Garanties proposées ont pour objet de garantir aux Assurés le versement de Prestations en cas de survenance, en cours de validité du contrat, d'un des risques suivants :

- Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- Invalidité permanente,
- Décès.

Les Garanties effectivement souscrites par l'Agent sont définies en annexe selon l'Option mentionnée au Bulletin d'Adhésion.

### ARTICLE 2 – MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE

Le Règlement est modifié par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Toute modification du Règlement mutualiste est portée à la connaissance des Agents.

### ARTICLE 3 – CHAMP D'APPLICATION -OFFRE LABELLISEE PREVOYANCE

Les articles du présent Règlement mutualiste définissent les spécificités relatives à l'offre prévoyance labellisée pour la Fonction publique territoriale de la Mutuelle. Ils ont pour objet de définir les engagements réciproques spécifiques entre la Mutuelle et les Agents actifs des collectivités territoriales et leurs établissements publics.

Certains engagements sont définis par le décret n° 2011-1474 et arrêtés du 8 novembre 2011 qui fixent les conditions dans lesquelles les collectivités territoriales peuvent accorder des participations à leurs Agents qui souscrivent à un règlement de protection complémentaire prévoyance labellisé.

### ARTICLE 4 – PERTE DU LABEL

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents. Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les Agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

## CHAPITRE 2 – ADHESION

### ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent adhérer au présent Règlement, les fonctionnaires et Agents de droit public et de droit privé des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la Loi du 26 janvier 1984, en activité de service (collectivités territoriales), sans formalité médicale, si leur inscription intervient pendant les six mois suivant leur date d'embauche.

Par ailleurs, les agents en activité normale de service qui souhaitent adhérer au-delà des six mois suivant leur embauche ou les agents en situation d'arrêt de travail, peuvent adhérer au présent règlement sous réserve de remplir un questionnaire de santé qui doit bénéficier de l'avis favorable du médecin conseil de la Mutuelle.

L'Agent ne doit pas être en cessation d'activité, ni placé en disponibilité à sa demande pour convenances personnelles.

Dès que ces conditions ne seront plus respectées, les couvertures prendront fin.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une Adhésion antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle Adhésion.

L'engagement réciproque du Membre participant (l'Agent) et de la Mutuelle résulte de la signature d'un Bulletin d'Adhésion.

La Mutuelle remet gratuitement au Membre participant ou futur Membre participant avant la signature du Bulletin d'Adhésion, les statuts et le Règlement ou une fiche d'information sur ledit Règlement qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

La signature du Bulletin d'Adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent Règlement.

### ARTICLE 6 – MODALITES D'ADHESION ET CHOIX DES GARANTIES

L'Agent souhaitant adhérer à l'une des Garanties du présent Règlement complète et signe un Bulletin d'Adhésion qui précise notamment :

- La ou les Garanties souscrites,
- la personne à assurer,
- les montants ou taux et assiettes de cotisations,
- la date d'effet des Garanties souscrites.

Elle joint au Bulletin d'Adhésion les pièces justificatives suivantes :

- un RIB,
- copie des 6 derniers bulletins de paye.

Les Agents qui souhaitent adhérer au-delà des 6 mois suivants leur embauche, doivent remplir un Questionnaire de santé qui est soumis à l'avis du Médecin conseil de la Mutuelle.

En cas d'avis favorable du Médecin conseil de la Mutuelle, sous réserve que l'Agent satisfasse aux conditions d'Adhésion et qu'il ait communiqué l'ensemble des pièces justificatives et qu'il ait payé la première cotisation, la Mutuelle adresse à l'Agent un « Certificat d'Adhésion » reprenant l'ensemble des mentions figurant dans le Bulletin d'Adhésion et notamment la Garantie retenue, les taux et assiettes de cotisation, la date d'effet, la date d'échéance, le montant des Prestations correspondant à la Garantie souscrite.

Si le médecin conseil préconise l'exclusion de la prise en charge d'une pathologie, un complément au bulletin d'Adhésion intitulé « conditions particulières d'Adhésion » précisant les modalités particulières d'Adhésion est adressé à l'intéressé. Toute modification des Garanties définies au Bulletin d'Adhésion auquel fait référence le Certificat d'Adhésion est constatée par la notification de celle-ci à l'Agent.

## ARTICLE 7 – DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHESION

**L'Adhésion ne peut prendre effet qu'à réception par la Mutuelle :**

- du Bulletin d'Adhésion complété, daté, paraphé et signé,
- de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article « MODALITÉ D'ADHÉSION ET CHOIX D'OPTION » et du paiement de la première cotisation.

**Sous cette réserve, elle prend effet à la date figurant au Bulletin d'Adhésion.**

**Cette date d'effet est par principe le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception par la Mutuelle du Bulletin d'Adhésion.**

**L'Adhésion est souscrite dans le cadre de l'année civile et pour une durée expirant le 31 décembre de chaque année.**

**Elle se renouvelle ensuite, sous réserve du paiement des cotisations, par tacite reconduction le premier janvier de chaque année civile sauf cas de cessation des garanties prévues aux articles 10 et suivants du présent Règlement.**

## ARTICLE 8 – DECLARATIONS DE L'AGENT

L'Agent certifie sincères et véritables les informations qu'il a fournies lors de la signature de son Bulletin d'Adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l'Adhésion dans les conditions de l'article « DECLARATION DU RISQUE » et les sanctions prévues aux Statuts et présent Règlement.

Par ailleurs, l'Agent est tenu d'informer la Mutuelle, de toutes les modifications ayant un intérêt pour la Mutuelle.

Seules les informations et demandes de modification fournies par l'Agent seront prises en compte par la Mutuelle.

## ARTICLE 9 – FACULTE DE RENONCIATION/RETRACTATION

### - Vente à distance

Dans le cadre de la vente à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la consommation, l'Agent peut renoncer à l'Adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus commençant à courir soit à compter de la date prise d'effet de l'Adhésion, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations prévues à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure.

### - Vente hors établissement

Dans le cadre de la vente hors établissement au sens de l'article L.221-18 du Code de la consommation, l'Agent peut se rétracter dans un délai de 14 jours commençant à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Dans tous les cas, il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer à l'adresse suivante :

**MUTA SANTÉ CS 62290- 68069 Mulhouse cedex**

Le jour où l'Adhésion prend effet n'est pas compté dans le délai. Le délai commence à courir au début de la première heure du premier jour suivant et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour du délai.

L'Agent qui a demandé le commencement de l'exécution de l'Adhésion avant l'expiration du délai de renonciation ou de rétractation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'Adhésion et la renonciation.

La Mutuelle rembourse à l'Agent les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent ainsi que des Prestations versées au cours de cette période, dans les trente (30) jours suivants la date de réception de la lettre de renonciation. Passé ce délai, les sommes produisent des intérêts au taux légal majoré de 50% durant les deux premiers mois, puis au-delà de ce délai, au double du taux légal.

Toutefois, dans le cadre du démarchage à domicile, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Agent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un Risque mettant en jeu le paiement de la Garantie et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenue pendant le délai de renonciation.

Cette renonciation ou rétractation entraîne la cessation du droit aux Garanties et à l'ensemble des Prestations prévues.

## ARTICLE 10 – MODIFICATION DE GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'AGENT

Un Agent a la possibilité de changer de Garanties dans les conditions suivantes :

### Article 10.1 - Délai à respecter

Tout changement de Garantie ne peut intervenir qu'une fois par an maximum, après une période de 12 mois au cours de laquelle l'Agent a bénéficié d'un premier niveau de Garanties. Ce changement pourra être effectué à condition que l'Agent en ait fait la demande au moins deux mois avant l'échéance de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception.

### Article 10.2 - Date d'effet de la modification

Le changement de Garantie prend effet le 1<sup>er</sup> janvier suivant la demande sous réserve d'avoir bénéficié d'une Garantie précédente pendant 12 mois minimum.

## ARTICLE 11 – CESSATION DE L'ADHESION

### Article 11.1 - À l'initiative de l'Agent

- Dans le respect des dispositions de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, l'Agent peut mettre fin à son Adhésion tous les ans en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours.
- L'Agent dispose également d'un délai de vingt jours suivants la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle pour dénoncer le

renouvellement de son Adhésion, le cachet de la poste faisant foi.

### Article 11.2 - À l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'Adhésion de l'Agent :

- En cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article « Paiement des cotisations » du présent Règlement.
- En cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « Réticence et fausse déclaration intentionnelle » du présent Règlement.
- En cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « Fausse déclaration non intentionnelle » du présent Règlement.
- En cas de fraude ou de tentative de fraude dans le cadre de la procédure d'exclusion prévue aux statuts de la Mutuelle. La fraude s'entend de tout(e) acte, action ou opération réalisé(e) de mauvaise foi dans le but d'obtenir de la Mutuelle des Prestations qui ne sont pas dues.

### Article 11.3 – Autres causes de Résiliations

#### Cessation des conditions d'Adhésion

L'Adhésion est résiliée dans les conditions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité lorsque l'Agent ne satisfait plus à l'une ou l'autre des conditions d'Adhésion définies par l'article : « CONDITIONS D'ADHÉSION » du présent règlement.

L'Adhésion est également résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Agent,  
Une copie de l'acte de décès doit être transmise à La Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte.
- en cas de mise à la retraite.

#### Événement exceptionnel

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque l'Agent ne remplit plus les conditions d'Adhésion ou en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- départ en retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'Adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des Risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'Adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivants la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle doit rembourser à l'Agent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le Risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

### Article 11.4 - Conséquences de la cessation de l'Adhésion

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'Adhésion restent dues dans tous les cas.

Aucune Prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'Adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

## ARTICLE 12 – DÉCLARATION DU RISQUE

Lors de la signature du Bulletin d'Adhésion, l'Agent doit répondre avec exactitude aux questions posées par la Mutuelle, dans le respect des dispositions de l'article L.110-2 du Code de la mutualité.

### Article 12.1 - Réticence et fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la Garantie accordée à l'Assuré par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du Risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le Risque omis ou dénaturé par l'Agent a été sans influence sur la réalisation du Risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

### Article 12.2 - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas automatiquement la nullité de la Garantie prévue au Bulletin d'Adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du Risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Agent. A défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la Garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'aurait lieu qu'après la réalisation du Risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Agent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les Risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### Article 12.3 - Fraude

En cas de fraude de l'Assuré de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'assureur décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés à l'Assuré, il peut être décidé, compte-tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période indéterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre l'Assuré pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par l'intéressé demeurent acquises à l'assureur.

## ARTICLE 13 – SUBROGATION LEGALE – RECOURS CONTRE TIERS

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions du Membre participant ou de ses Ayants droit victime d'un Accident, contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'Agent ou ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

Lorsque, du fait de la victime ou des Ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du Sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses Ayants droit.

L'Assuré victime d'un Accident, qui aura été indemnisé directement par un tiers responsable devra, sous peine d'exclusion, rembourser à la Mutuelle les Prestations qu'elle lui a versées dans le cadre de cet Accident, jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité perçue.

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

De même, en cas d'Accident suivi de mort, la part de l'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

## ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

### Article 14.1 - Délai de prescription

**Toutes les actions dérivant du présent Règlement sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Passé ce délai, l'action n'est plus recevable.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le Risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du Risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

**Quand l'action du Membre participant, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Agent ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

En tout état de cause, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Dans le cas où le bénéficiaire des prestations est mineur ou majeur protégé, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé a atteint sa majorité, ou recouvre sa pleine capacité.

### Article 14.2 - Interruption de la prescription

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que prévues aux articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un Risque.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la Mutuelle à l'Agent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Agent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

**Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.**

## ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

## ARTICLE 16 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations nominatives concernant les Assurés qui sont recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement fondé sur l'exécution du contrat et des mesures contractuelles et sur le consentement.

Les finalités de ce traitement sont de :

- gérer l'Adhésion et les Affiliations des Assurés,
- verser les prestations aux Assurés,
- d'interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle,
- de leur proposer des garanties complémentaires à titre individuel.

Le responsable du traitement est MUTA SANTÉ - CS 62290 - 68069 MULHOUSE Cedex.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de l'Adhésion peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude ou contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de prévenir, de détecter ou de gérer des opérations, actes ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Elles sont par ailleurs susceptibles d'être communiquées :

- au régime obligatoire auquel sont affiliés les Assurés,
- aux banques pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations,



- à d'autres organismes assureurs en cas de recours contre un tiers-responsable,
- à un éventuel délégataire de gestion,
- aux réassureurs de la Mutuelle.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation de l'Adhésion ne pourra excéder dix (10) années.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, l'Agent ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle. Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès, en adressant une demande par lettre simple au Service Protection de la clientèle de MUTA SANTÉ CS 62290 – 68069 MULHOUSE CEDEX ou par courrier électronique à l'adresse suivante : **dpo@muta-sante.fr**.

Vous pouvez également adresser une réclamation concernant le traitement de vos données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) située 3 place de Fontenoy, TSA 80175, 75334 PARIS Cedex 07.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Assuré ou, le cas échéant, aux Ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne l'Adhésion. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'Adhésion.

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L.1461-3 du Code de la santé publique.

## ARTICLE 17 – OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, les Assurés peuvent s'opposer au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet [www.bloctel.gouv.fr/](http://www.bloctel.gouv.fr/).

Toutefois, cette demande ne pourra être prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui lie l'Agent avec la Mutuelle, sous réserve d'opposition expresse du Membre participant à la prospection commerciale.

## ARTICLE 18 – DEMANDES / RÉCLAMATIONS - MEDIATION

Toute demande ou réclamation est à adresser directement aux Services Affiliation ou Prestations de la Mutuelle. Cependant, dans

le cas où la réponse apportée par nos Services ne devait donner satisfaction, l'Assuré pourra solliciter le Service Réclamation, obligatoirement par courrier, à l'adresse suivante :

**MUTA SANTÉ**  
Service Réclamation  
CS 62290 - 68069 Mulhouse cedex

La Mutuelle accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa réception, sauf si durant ce même délai elle est en mesure d'apporter une réponse à l'Assuré. Dans le cas contraire, elle dispose d'un délai de deux mois pour répondre à la réclamation envoyée par l'Agent.

En cas d'absence de réponse de la Mutuelle dans ce délai, ou si la réponse de la Mutuelle ne le satisfait pas, l'Agent peut saisir le Médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle par voie postale à l'adresse suivante :

SAS Médiation Solution – 222 Chemin de la Bergerie  
01800 Saint Jean de Niois

Ou par voie électronique :

- sur le site internet du Médiateur : [www.sasmediationsolution-conso.fr](http://www.sasmediationsolution-conso.fr)
- par mail : [contact@sasmediationsolution-conso.fr](mailto:contact@sasmediationsolution-conso.fr)

**L'Agent doit formuler sa demande de médiation dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition qu'il n'ait pas saisi les tribunaux.**

L'avis du Médiateur ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

## ARTICLE 19 – VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le Bulletin d'Adhésion dûment complété, daté et signé par l'Agent,
- le présent Règlement mutualiste, y compris ses annexes,
- les statuts de la Mutuelle.

En cas de contradiction entre les dispositions du Bulletin d'Adhésion et celles du présent Règlement, ce sont celles du Bulletin d'Adhésion qui l'emportent.

Le Bulletin d'Adhésion, le Règlement et les statuts de la Mutuelle expriment l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du Bulletin d'Adhésion, du Règlement ou des statuts de la Mutuelle, serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du Règlement.

## ARTICLE 20 – LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

## CHAPITRE 3 – COTISATIONS

### ARTICLE 21 – MONTANT DES COTISATIONS

#### Article 21.1 - Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fonction de la Garantie choisie et leur montant est obtenu par l'application d'un pourcentage sur le traitement indiciaire brut augmenté, le cas échéant, de la NBI et/ou des indemnités accessoires brutes annuelles de l'Agent définis à l'article 23.2 du présent Règlement mutualiste.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'Assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du Bulletin d'Adhésion. Toute modification législative ou réglementaire pourra faire l'objet d'une répercussion immédiate sur les cotisations de l'année en cours.

Les cotisations sont en outre réexaminées par la Mutuelle chaque année et peuvent être modifiées en fonction notamment de l'évolution des prestations, des résultats du compte technique d'exploitation du présent Règlement mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

La révision des cotisations est notifiée à l'Agent et s'impose à lui dès la notification, conformément aux dispositions de l'article L221-5 du Code de la mutualité.

### ARTICLE 22 – PAIEMENT DES COTISATIONS

#### Article 22.1 - Avis d'échéance

La cotisation est appelée par un « avis d'échéance » adressé à chaque Membre participant, annuellement. La non-réception de l'avis d'échéance par l'Agent ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

#### Article 22.2 - Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance. Elle est due au 1<sup>er</sup> janvier, pour tout Membre participant inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux Membres participants, à partir de la date d'effet de l'Adhésion.

Pour faciliter le paiement de l'échéance annuelle, la Mutuelle permet son fractionnement selon une périodicité mensuelle ou trimestrielle. Le fractionnement ne constitue toutefois qu'une facilité de paiement accordée à l'Agent. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle qui demeure dans tous les cas exigible en totalité.

Le non-paiement de l'une des échéances, sauf dispositions ayant reçu l'accord de la Mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Les modalités de paiement sont par prélèvement automatique ou par chèque.

#### Article 22.3 - Défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Garantie est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du Membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la Garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des

fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses Garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

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

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

#### Article 22.4 – Exonération des cotisations

Les Agents radiés des effectifs de leur collectivité suite à une invalidité permanente sont exonérés du paiement des cotisations afférentes aux garanties pour lesquelles ils étaient couverts auprès de MUTA SANTÉ avant la reconnaissance de leur invalidité.

## CHAPITRE 4 – PRESTATIONS

### ARTICLE 23 – DEFINITIONS

#### Article 23.1 - Objet des Garanties

Les Garanties proposées ont pour objet de garantir aux Agents le versement de prestations en cas de survenance, en cours de validité du contrat, des risques suivants :

- Incapacité Temporaire Totale de Travail ou Invalidité permanente,
- Décès.

L'Agent peut opter pour les ensembles de garanties suivantes :

1. Maintien de salaire consécutif à une Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité permanente et garantie décès option 1,
2. Maintien de salaire consécutif à une Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité permanente et garantie décès option 2,

#### Article 23.2 - Base de remboursement des Prestations

La Mutuelle intervient, selon la Garantie retenue par l'Agent, soit :

- en complément des remboursements du Régime général de la Sécurité sociale au titre des prestations en espèce de l'assurance maladie,
- en complément des prestations versées par l'employeur en application du statut de la fonction Publique dont l'Agent dépend.

La base de garantie est définie par référence au traitement indiciaire et, le cas échéant, de la N.B.I. (Nouvelle Bonification Indiciaire) et des indemnités accessoires brutes annuelles.

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule  $IT \times VP$

IT : représentant l'Indice de Traitement nouveau majoré de l'Agent.

VP : représentant la Valeur du Point indice.

Lorsqu'il est fait référence au traitement indiciaire net, on entend par traitement indiciaire net, le traitement indiciaire brut soumis à retenue pour pension diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRA, Sécurité Sociale, CSG, CRDS).

Au traitement indiciaire net défini à l'alinéa ci-dessus peuvent s'ajouter, s'il y a lieu, la N.B.I. et certaines indemnités accessoires telles que définies à l'alinéa ci-dessous.

Par N.B.I., il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'Agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite N.B.I..

Lorsqu'il est fait référence à la N.B.I. nette, on entend par N.B.I. nette, la N.B.I. brute diminuée des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRA, Sécurité Sociale, CSG, CRDS).

Par indemnités accessoires, il faut entendre exclusivement les indemnités maintenues pendant les arrêts de travail dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent au traitement dans le cadre des obligations de l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale.

Lorsqu'il est fait référence aux indemnités accessoires nettes, on entend par indemnités accessoires nettes, les indemnités accessoires brutes diminuées des cotisations sociales obligatoires (Sécurité Sociale, CSG, CRDS).

**L'Agent déclare lors de la souscription et en début de chaque année, le salaire de référence sur la base duquel sont appelées**

**les cotisations. La base de cotisation et de prestation reste la même tout au long de l'année sauf en cas de changement de temps de travail. Dans ce cas l'Agent doit nous informer au plus tôt de toute modification de son temps de travail (temps partiel notamment) afin que soit revue la base des garanties.**

**La base retenue pour le calcul de la prestation est toujours égale à la base de cotisation au moment du sinistre. Cette base peut cependant être réduite au cas où l'Agent exerce une activité à temps partiel.**

#### Article 23.3 - Révision des Garanties

Les niveaux des Garanties sont réexaminés par la Mutuelle à tout moment et peuvent être modifiés notamment en raison d'évolutions législatives et réglementaires, en fonction des résultats techniques du Règlement.

La révision des niveaux de Garanties est notifiée à l'Agent et s'impose dès sa notification.

### ARTICLE 24 – REVALORISATIONS

#### Article 24.1 – Revalorisation des Prestations Incapacité - Invalidité

##### Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques (incapacité-invalidité, rentes) en cours de service sont revalorisées selon un taux fixé par le Conseil d'Administration en tenant compte du taux d'inflation, au 1<sup>er</sup> avril de chaque année, sous réserve, qu'il justifie d'une indemnisation d'une durée égale ou supérieure à un an à la date d'application de la revalorisation. En cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date.

#### Article 24.2 – Revalorisation des Prestations décès

##### Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

En cas de décès, faisant suite à un arrêt de travail de plus d'un an, le salaire de référence précédant l'arrêt de travail et servant au calcul du capital décès ou des rentes est revalorisé. Le nouveau salaire de référence est obtenu en multipliant le salaire de référence de base par les indices de revalorisation décidés chaque année par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

En cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.

##### Revalorisation des capitaux décès dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L.223-25-4 du code de la mutualité, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2<sup>o</sup> de l'article R. 223-9 du code de la mutualité.

Intérêts de retard : A compter de la réception des pièces justificatives, les prestations revalorisées sont versées dans un délai qui ne doit pas excéder 1 mois. Au-delà de ce délai, le capital ou la rente non versée produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant 2 mois puis, à expiration de ce délai de 2 mois, au triple du taux légal.

## ARTICLE 25 – EXCLUSIONS - DECHEANCES

### Exclusions concernant le Capital décès toutes causes :

- En cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre,
- Sont également exclus les conséquences de la participation active de l'Agent à une guerre civile ou à une guerre où la France n'est pas belligérante.

### Exclusions concernant les garanties incapacité-invalidité

La Mutuelle couvre tous les risques d'incapacité de travail et d'invalidité permanente sous réserve de l'application de l'article 30 CONTRÔLE ET EXPERTISE MEDICALE.

Toutefois, ne donnent pas lieu à garantie les conséquences de la participation active de l'Agent à une guerre civile où une guerre où la France n'est pas belligérante ni les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'Agent.

Le fait que la Mutuelle ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

**Déchéance :** L'Agent peut être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire de l'Agent est déchu de tout droit aux garanties décès. Les capitaux décès sont alors versés aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de la désignation sauf s'ils ont été eux-mêmes condamnés comme co-auteurs ou complices. En cas de poursuite judiciaire du bénéficiaire des suites de l'homicide de l'Agent, MUTA SANTÉ demande une copie du jugement écartant sa culpabilité, à des fins de versement du capital.

## ARTICLE 26 – GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE CONSECUTIF A UNE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

**Cette garantie ne peut être souscrite individuellement mais peut uniquement être souscrite associée aux garanties "Invalidité permanente " et " décès ".**

### Article 26.1 – Objet de la Garantie

La Mutuelle garantit le versement à l'Agent d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Est considéré comme atteint d'Incapacité Temporaire Totale de Travail tout Agent qui, à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée survenu en cours d'assurance :

- est dans l'obligation reconnue par l'assureur de cesser toute activité professionnelle,
- et perçoit à ce titre des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale,
- ou perçoit à ce titre des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

La garantie est due si l'Agent :

- est reconnu comme atteint d'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- et ne perçoit plus son plein traitement avant la date de résiliation du contrat.

**L'assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque.**

### Article 26.2 – Montant de la prestation

L'indemnité journalière est calculée en 30<sup>e</sup> de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours.

Le total du maintien de traitement à la charge de l'employeur et des prestations servies par l'assureur et tout autre organisme est plafonné à **95 % du salaire de référence NET**.

**Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'assureur du maintien de salaire et, le cas échéant de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires consécutives une incapacité de travail, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'Agent sont figés à cette date.**

### Article 26.3 - Bénéficiaires des prestations

Le Bénéficiaire des Prestations de la Mutuelle est la personne Assurée pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

### Article 26.4 - Période de Franchise et durée de la prestation

La prestation est servie mensuellement, à terme échu :

#### Art. 21.2.1 Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'au 360<sup>e</sup> jour,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2<sup>e</sup> année jusqu'à la fin de la 3<sup>e</sup> année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4<sup>e</sup> année jusqu'à la fin de la 5<sup>e</sup> année,
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6<sup>e</sup> année jusqu'à la fin de la 8<sup>e</sup> année.

#### Art. 21.2.2 Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'au 360<sup>e</sup> jour,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2<sup>e</sup> année jusqu'à la fin de la 3<sup>e</sup> année.

#### Art 21.2.3 Agents non-titulaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

- En cas de Maladie Ordinaire
  - pour les Agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'Agent subit une perte de salaire,
  - pour les Agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - pour les Agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie pour les Agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
  - à partir du début de la 2<sup>e</sup> année jusqu'à la fin de la 3<sup>e</sup> année.

#### Art. 21.2.4 Durée de la prestation :

Pour tous les Assurés, la durée maximale du service des indemnités journalières ne peut excéder 1080 jours continus.

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

#### Article 26.5 - Terme du versement

L'indemnisation cesse :

- dès la reprise d'activité, même partielle de l'Agent, y compris en mi-temps thérapeutique,
- dès la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- à la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'Agent,
- à la liquidation de la pension de retraite,
- en cas de décès ou de PTIA de l'Agent,
- au terme de 1080 jours continus de service des indemnités journalières,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'Agent, en cas de démission ou de radiation des effectifs de la collectivité adhérente.

#### Article 26.6 – Maintien des prestations

**En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, jusqu'au terme prévu à l'article 26.5 du présent Règlement mutualiste.**

#### Article 26.7 - Montant et plafonds des Garanties

Pour les garanties "Maintien de salaire consécutif à une Incapacité Temporaire Totale de Travail" et "Invalidité permanente", le total du maintien de traitement à la charge de l'employeur et des prestations servies par l'assureur et tout autre organisme est plafonné à **95 % du salaire de référence NET** (traitement Indiciaire et, le cas échéant, de la N.B.I., des indemnités accessoires nets d'activité évalués à la date prévue pour chaque garantie).

## ARTICLE 27 – GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

**Cette garantie ne peut être souscrite individuellement mais peut uniquement être souscrite associée aux garanties "Maintien de salaire consécutif à une Incapacité Temporaire Totale de Travail" et "Décès".**

#### Article 27.1 – Objet de la Garantie

La Mutuelle garantit le versement à l'Agent d'une rente en cas d'invalidité permanente.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque l'Agent remplit les conditions suivantes :

- pour les Agents relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, avoir été mis à la retraite pour une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail (taux d'invalidité reconnu au moins égal à 66 %),
- Ou pour les Agents relevant du Régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité non imputable au service classé en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie.

#### Article 27.2 – Montant de la prestation

Le montant annuel de la prestation, versée sous forme de rente, est au plus égal au produit du traitement indiciaire net annuel de l'Agent, évalué au jour de la constatation de l'invalidité permanente par le pourcentage du plafond d'indemnisation défini à l'article 26.7 du présent règlement mutualiste.

**Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge au titre de la garantie invalidité permanente par l'assureur, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération, le grade et l'échelon et l'indice de l'Agent sont figés à cette date.**

#### Article 27.3 – Règle de cumul

Le montant annuel de la rente versé par l'assureur, augmenté des prestations servies par la CNRACL, la Sécurité sociale ou tout autre organisme ne peut excéder le produit du traitement indiciaire net ou fraction du traitement indiciaire net défini à l'article 23.2 du présent règlement mutualiste, pris en compte par l'assureur par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé à l'article 26.7 et revalorisé dans les conditions définies à l'article 24.1 du présent règlement mutualiste.

En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par l'assureur est réduite à concurrence de ce montant.

#### Article 27.4 - Bénéficiaires des Prestations

Le Bénéficiaire des Prestations de la Mutuelle est la personne Assurée pour la garantie Invalidité permanente :

#### Article 27.5 – Point de départ et service de la prestation

La rente est servie mensuellement et à terme échu :

- après épuisement des droits statutaires maladie, et
- au jour de l'entrée en jouissance de la pension invalidité permanente.

#### Article 27.6 – Terme du versement

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,
- le décès,
- la liquidation de la pension vieillesse de l'Agent.

#### Article 27.7 – Maintien des prestations

**En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, jusqu'au terme prévu à l'article 27.6 du présent règlement mutualiste.**

## ARTICLE 28 – GARANTIE DECES

**Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément des garanties "Maintien de salaire consécutif à une Incapacité Temporaire Totale de Travail " et "Invalidité permanente".**

#### Article 28.1 – Objet de la Garantie

La Mutuelle garantit le versement d'un capital en cas de décès survenant avant le 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Agent en activité.

#### Article 28.2 – Montant de la prestation

Le montant annuel du capital de base garanti est au plus égal à **100 % (pour l'option 1) ou 200% (pour l'option 2) du traitement**

**indiciaire brut annuel de l'Agent**, selon le choix de l'option souscrite par l'Agent, évalué à la date du sinistre.

### Article 28.3 - Bénéficiaires des Prestations décès

- **Désignation type** : En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :
  - au conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
  - à défaut au partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
  - à défaut aux enfants de l'Agent nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation par parts égales entre eux ;
  - à défaut aux parents survivants, par parts égales ;
  - à défaut aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

Pour la dévolution du capital décès selon la désignation type ci-dessus, le concubin (non lié par un Pacte Civile de Solidarité) même nommément déclaré à la Mutuelle, ne peut être assimilé au conjoint ou au partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Par conséquent si l'Agent souhaite affecter le bénéfice total, ou partiel du capital décès à son concubin, il devra le faire en effectuant une désignation spécifique auprès de la Mutuelle.

Les enfants destinataires éventuels du capital selon la désignation type ci-dessus, sont exclusivement les enfants de l'Agent.

- Si l'Agent souhaite que d'autres enfants qu'il a recueillis (du concubin, du partenaire ou du conjoint) soient destinataires de tout ou partie du capital, il doit alors effectuer une désignation spécifique auprès de la Mutuelle,
  - Si un Agent lié par un Pacte Civil de Solidarité souhaite désigner ses enfants en lieu et place de son partenaire, il doit alors effectuer une désignation spécifique auprès de la Mutuelle.
- **Désignation particulière** : Les Assurés peuvent désigner un ou plusieurs bénéficiaires de leurs choix soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire, soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé. Toute désignation de bénéficiaire doit être notifiée à MUTA SANTÉ pour lui être valablement opposable.

Lors de la rédaction de leurs clauses bénéficiaires, les Assurés doivent désigner leurs bénéficiaires de façon nominative ou qualitative, en précisant l'ordre de priorité et la répartition du capital entre eux. Lorsque les bénéficiaires sont nommément désignés, il est conseillé aux Assurés de préciser, leurs noms et prénoms, date et lieu de naissance, ainsi que leur adresse afin de permettre à l'organisme assureur de les identifier en cas de décès.

En cas de prédécès d'un des bénéficiaires nommément désignés, la part de capital décès lui revenant est attribuée aux autres bénéficiaires de même rang, à hauteur de leur quotepart dans la désignation initiale, sauf si le mécanisme de la représentation par suite de prédécès ou de renonciation a été expressément prévu dans la clause bénéficiaire.

Les Assurés peuvent modifier leurs clauses bénéficiaires à tout moment et notamment lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'Assuré et du bénéficiaire, et notifiée par écrit à MUTA SANTÉ,

- soit par voie d'avenant signé par MUTA SANTÉ, l'Assuré et le bénéficiaire.

La désignation de bénéficiaire effectué à une date est liée au contrat en vigueur à cette même date. En cas de changement d'employeur, cette désignation est caduque.

L'Assuré devra faire une nouvelle désignation, même s'il est à nouveau couvert par la Mutuelle dans un autre contrat.

## ARTICLE 29 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéfice des Prestations n'est accordé que si l'Agent est à jour des cotisations dues à la Mutuelle au titre de son Adhésion.

Le montant des Prestations versées donne lieu à un relevé papier ou électronique.

### Article 29.1 - Déclaration de Sinistre et formalités

Pour bénéficier des Prestations, les Agents sont tenus de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées à l'article « Pièces justificatives en cas de Sinistre » selon le type de Prestations et les modalités de remboursement de la Sécurité sociale.

Toute demande de prestation en cas de "Maintien de salaire consécutif à une Incapacité Temporaire Totale de Travail" doit parvenir à MUTA SANTÉ dans un délai de six mois à compter de la date à laquelle l'Agent peut prétendre au paiement de prestations au titre de la garantie.

Passé ce délai, le paiement des prestations aura lieu pour la période restant à courir à partir de la date de réception de la demande.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du Membre participant.

Avant ou après le paiement des Prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative, permettant de vérifier le bienfondé des prestations versées. Ces pièces peuvent également être demandées après la résiliation de l'Adhésion. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions de l'article « Ouverture du droit aux prestations ».

### Article 29.2 - Délai de versement des Prestations

La Mutuelle verse ses prestations en moyenne sous 10 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues à l'article « Pièces justificatives en cas de Sinistre », délai de poste ou bancaire non compris.

## ARTICLE 30 – CONTROLE ET EXPERTISE MEDICALE

MUTA SANTÉ se réserve le droit de soumettre à un examen médical effectué soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout Assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La convocation à cet examen, lorsqu'il est mis en œuvre pour l'ouverture des droits à prestations, a lieu au plus tard dans les trente jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées en annexe.

MUTA SANTÉ peut également soumettre l'Assuré à tous actes, investigations ou examens complémentaires liés au contrôle de son état de santé. En outre, elle se réserve la possibilité de faire procéder à tous contrôles et enquêtes administratives.

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'Assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avertir l'organisme assureur ; en tout état de cause les sorties ne sont autorisées qu'aux heures prévues par la réglementation applicable aux Assurés sociaux.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité de l'état de santé de l'Assuré.

**En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, MUTA SANTÉ est en droit de suspendre le versement des prestations.** La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la Mutuelle. L'Assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, dont les honoraires restent à sa charge exclusive.

MUTA SANTÉ est fondée à refuser, suspendre ou réduire le droit à prestations, en raison des conclusions de ses médecins ou experts, si ces derniers contestent la nécessité de l'arrêt de travail ou la reconnaissance de l'invalidité eu égard à l'état de santé de l'Assuré, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

MUTA SANTÉ est en droit de poursuivre le remboursement de toutes prestations indûment versées au bénéficiaire ou à ses Ayants droit dans les deux années qui suivent leur versement, pour quelque motif que ce soit.

Lorsque le sinistre intervient à l'étranger, ces examens doivent avoir lieu sur le sol français. Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'assureur sur le sol français restent à la charge de l'Assuré.

En cas de contestation portant sur l'état d'incapacité ou d'invalidité, sur le caractère total et irréversible de la perte d'autonomie de l'Assuré ou sur sa date, le différend peut être apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'Assuré.

Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'organisme assureur.

Toutefois, dans le cas où le tiers expert confirmerait la décision prise par l'organisme assureur à l'égard de l'intéressé, les honoraires et les frais de nomination seraient alors à la charge de ce dernier.

## ARTICLE 31 – POURSUITE DES REGLEMENTS INDUS

La Mutuelle est en droit de poursuivre le remboursement de toutes prestations indûment versées à un Membre participant ou à ses Ayants droit pour quelque motif que ce soit, notamment lorsqu'elles correspondent à des frais médicaux postérieurs à la date de cessation des Garanties.

En cas de prestation indûment versées à un Membre participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du Tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Membre participant postérieurement à la suspension de ses Garanties ou à la résiliation de son Adhésion entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes

indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des Prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

## ARTICLE 32 – PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide de formulaires de demandes de prestations et les éléments nécessaires au calcul des prestations. A l'appui de la demande l'Agent ou le(s) bénéficiaire(s) fournissent les pièces suivantes :

### Article 1 - 1 En cas d'incapacité temporaire totale de travail

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du Statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité Sociale,
- une attestation émanant de l'employeur qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- les avis du Comité médical ou de la Commission de réforme,
- un certificat médical pour les Assurés couverts depuis moins de 2 ans au moment du sinistre,
- les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement,
- le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'Assuré,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIS, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s),
- copie des arrêts de travail.

### Article 1 - 2 en cas d'invalidité

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, chaque début d'année,
- un certificat médical,
- une attestation établie par l'employeur certifiant que l'Assuré a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE),
- Pour les Agents relevant de la Fonction Publique Territoriale
- un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité CNRACL d'au moins 66%,
- les bulletins de paiements émanant de la CNRACL,
- Pour les Agents relevant de la Sécurité Sociale
- la notification d'attribution d'une rente invalidité 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégorie,
- les attestations de paiements de la Sécurité sociale.

### Article 1 - 3 en cas de décès

- un extrait d'acte de décès,
- une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès,
- la dernière désignation de bénéficiaire(s) établie par l'Assuré,
- tout document justifiant de la qualité du bénéficiaire,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIS, RIP, RICE),
- la dernière fiche de paie.

## CHAPITRE 5 - TABLEAU DES COTISATIONS ET PRESTATIONS

Le détail des prestations et cotisations est joint en annexe selon l'option choisie.





# MUTA SANTÉ

## Centre de gestion :

CS 62290 – 68 069 Mulhouse cedex

## Agences commerciales et accueils clients :

### **MULHOUSE**

Parc des Collines  
11 avenue de Strasbourg  
68 350 Didenheim

### **STRASBOURG**

Espace Européen de l'Entreprise  
1 avenue de l'Europe  
67 300 Schiltigheim

### **COLMAR**

1 rue Golbéry  
68 000 Colmar

## Contacts :

### **COTISATIONS**

moncontrat@muta-sante.fr

**03 89 35 45 02**

### **PRESTATIONS SANTÉ**

mesremboursements@muta-sante.fr

**03 89 35 45 01**

### **PRESTATIONS PRÉVOYANCE**

maprevoyance@muta-sante.fr

**03 89 35 45 03**

### **SERVICE COMMERCIAL**

contact@muta-sante.fr

**03 67 61 03 90**

**www.muta-sante.fr**