



KIT ADHÉSION - OPTIMISATION

**GUIDE DÉDIÉ
AUX AGENTS IEG
& LEUR FAMILLE**

Contrat IDCP N° 93006.IDCP.01
Janvier 2026

**LA SOLIDARITE
C'EST NOTRE
PROTECTION**



www.ccas.fr



SOMMAIRE

Notice d'information

L’AFFILIATION AU RÉGIME PREVOYANCE	5
ARTICLE 1 - BÉNÉFICIAIRES.....	5
ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT IDCP ET NATURE DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 3 - DATE D’AFFILIATION.....	6
ARTICLE 4 - FORMALITÉS D’AFFILIATION.....	7
ARTICLE 5 - MODIFICATIONS EN COURS D’AFFILIATION	7
ARTICLE 6 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES AGENTS DÉJÀ ASSURÉS AU 31 DÉCEMBRE 2008 AU TITRE DES GARANTIES IDCP « M » IDCP « A » OU IDCP « N ».....	8
ARTICLE 7 - RESILIATION.....	8
LES COTISATIONS.....	9
ARTICLE 8 - ASSIETTE.....	9
ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	9
LES GARANTIES PREVOYANCE.....	10
ARTICLE 12 - SALAIRE DE RÉFÉRENCE.....	10
ARTICLE 13 - PRESTATIONS.....	10
ARTICLE 14 - REVALORISATION DES PRESTATIONS	22
ARTICLE 15 - PRESTATIONS INDUES.....	22
ARTICLE 16 - CONTRÔLE MÉDICAL DES PRESTATIONS.....	22
ARTICLE 17 - MAINTIEN DE LA GARANTIE.....	22
ARTICLE 18 - CESSATION DE LA GARANTIE.....	23
GÉNÉRALITÉS.....	23
ARTICLE 19 - SUBROGATION.....	23
ARTICLE 20 - FAUSSE DÉCLARATION	23
ARTICLE 21 - RECLAMATIONS	23
ARTICLE 22 - MÉDIATION	23
ARTICLE 23 - PRÉSCRIPTION.....	23
ARTICLE 24 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	24
ARTICLE 25 - OPPOSITION AU DÉMARCHE TÉLÉPHONIQUE	25
ARTICLE 26 - VENTE À DISTANCE.....	25
ARTICLE 27 - DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DU DÉMARCHE À DOMICILE	25
ARTICLE 28 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX – FINANCEMENT DU TERRORISME	26
ARTICLE 29 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	26
ARTICLE 30 - NOUS CONTACTER.....	26

Annexe 1 : Tableau des cotisations

Annexe 2 : BARÈME GARANTIE « INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE »

TOUJOURS PROCHE DE VOUS

POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Pour nous contacter

- Par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 17h

01 84 980 980 

- Ou consultez le site internet



www.ccas.fr

NOTICE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR L'ADHÉRENT

Contrat IDCP N° 93006.IDCP.01

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

Notice valable à compter du 1er janvier 2026



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 1er janvier 2017, pour une première période se terminant le 31 décembre 2017. Le contrat se renouvelle depuis par tacite reconduction le 1er 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 REGIME PREVOYANCE

ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES

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'ouvrant 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'ouvrant 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 « Ouvrant 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'ouvrant 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'ouvrant 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'ouvrant 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'ouvrant 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 1er 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'ouvrant droit : les seuls enfants de cet ouvrant droit ;
- Si l'adhérent est le « conjoint » de l'ouvrant 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 : Pack Essentiel, Tranquillité et Excellence.

Les packs sont composés de la manière suivante :

- **Pack Essentiel** : "Garantie Accidents", Garanties Complémentaires, Rentes en cas de décès (en option)
- **Pack Tranquillité** : "Garanties Toutes causes", "Garantie Accidents", Garanties Complémentaires, Rentes en cas de décès (en option)
- **Pack Excellence** : "Garanties Toutes causes", "Garantie Accidents", Garanties Complémentaires, Rentes en cas de décès (en option)

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 :

1er 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).

Formule #1 - « DÉCÈS TOUTES CAUSES », ELLE 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.

Formule « DÉCÈS TOUTES CAUSES »

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

Formule #2 - « INVALIDITÉ TOUTES CAUSES », ELLE INCLUT :

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

La formule « invalidité toutes causes » ne peut être souscrite que par l'ouvrant droit.

Formule « 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.

3e 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.
- Garantie Capital Enfant en situation de Handicap

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 un mois 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 1er janvier de chaque année. Elle prend fin en cas de survenance d'un des événements prévus à l'article 18.

ARTICLE 4 - FORMALITES 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 12 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 12 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 12 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, le salaire ou pension servant de base au règlement de la prestation est le dernier salaire / pension déclaré au département assurance de la CCAS à la date de survenance 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 Éducation.

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 1er et le 15 du mois ;
- Le 2e 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 PARTICULIERES POUR LES AGENTS DEJA ASSURES AU 31 DECEMBRE 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 bénéficiez 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 - RESILIATION

7.1 Résiliation à l'initiative de l'assuré(e)

L'adhésion et l'affiliation sont souscrites pour une première période d'un an. Elles se renouvellent, au 1er 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 1er et le 15 du mois ;
- Le 2e 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.

7.2 Résiliation à l'initiative de la CCAS

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat à son échéance annuelle sous réserve d'un délai de préavis d'au moins 2 mois avant le 31 décembre de chaque année.

L'information des adhérents sur la résiliation à l'initiative du Souscripteur et ses conséquences sur la situation de l'adhérent est sous la responsabilité du Souscripteur.

7.3 Résiliation à l'initiative de Solimut Mutuelle de France

Solimut Mutuelle de France peut mettre fin au contrat collectif par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la CCAS sous réserve d'un préavis de 6 mois au moins avant le 31 décembre de chaque année.

L'information des adhérents sur la résiliation à l'initiative de la Mutuelle et ses conséquences sur la situation de l'adhérent est sous la responsabilité du Souscripteur.

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 ouvriers 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 - DEFAT 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 PREVOYANCE

ARTICLE 12 - SALAIRE DE REFERENCE

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 survenance du sinistre...), 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 au département assurance de 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...).

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 REFERENCE					
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%	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. La cotisation sera réglée sur un montant réduit de 200%.

(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 à ses 65 ans ou après son 65ème anniversaire, le capital est réduit de moitié ;
- 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 ouvrier 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 (40e anniversaire, 15 ans d'ancienneté et / ou 60e 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'ouvrier 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 alié au contrat, quelle que soit la garantie souscrite reposant sur sa propre tête ;
- Du 68e anniversaire du « conjoint ».

Si vous êtes un enfant à charge : la garantie cesse au 1er 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 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.

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 REFERENCE *					
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.
- Le procès-verbal établi à la suite du décès de l'adhérent (s'il existe), sa fourniture étant une condition de versement 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.

Il est entendu que le salaire servant de base au règlement de la prestation est le salaire déclaré au département assurance de 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 1er novembre de l'année précédente ;
- Soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1er 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 et/ou Infirmité Permanente Accidentelle : 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 et/ou Infirmité Permanente Accidentelle.

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

Age de l'adhérent au jour de son décès	Option1	Option2	Option3	Option4
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 au département assurance de 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 1er 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

Age 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 21e 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 au département assurance de 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 1er octobre de l'année du 26e 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.

Le 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 1er 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 REFERENCE

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 CNIEG - 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 au département assurance de 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 à la CCAS 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 salaire déclaré au département assurance de 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.

Nous vous rappelons que la garantie infirmité Permanente Accidentelle est destinée à couvrir les dommages corporels consécutifs à un accident conformément à la présente Notice d'information. **Sont notamment exclues les affections d'origine pathologique et ne sont prises en compte que les séquelles fonctionnelles imputables à l'accident, déduction faite des lésions relatives à un état antérieur. Il ne couvre pas le préjudice d'agrément, il n'a pas pour rôle de compenser une quelconque perte de salaire**

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 au département assurance de la CCAS à la date de survenance du sinistre.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie Infirmité Permanente Accidentelle 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 1er 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 d'Infirmité Permanente Accidentelle de l'enfant à charge prend fin à la date du décès de l'ouvrant droit.

La garantie cesse également en cas de versement du capital « Invalidité Consécutive 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 « Infirmité 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. Capital Enfant en situation de Handicap

Si un enfant naît ou devient handicapé au sens de l'article 1, avant la date de son 21ème anniversaire, ou de son 26ème anniversaire si l'intéressé est étudiant ou apprenti et à charge fiscale de l'ouvrant droit ou de son conjoint (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), un capital est versé.

Cette garantie est incluse pour toute adhésion à la garantie « Décès toutes causes » et/ou « Décès Accidentel » et/ou « Infirmité Accidentelle ».

Pour ouvrir droit au bénéfice de la garantie, l'enfant doit être inscrit sur le bulletin d'adhésion de l'ouvrant droit ou du conjoint ayant droit. Ainsi, aucune prestation ne sera versée dès lors que l'enfant ne figure pas sur le bulletin individuel d'affiliation.

La garantie n'est accordée, lorsque l'enfant est adhérent au contrat IDCP à compter du 1^{er} janvier 2026, qu'après un délai de carence de 12 mois, décompté à partir de la date d'adhésion de l'enfant au contrat IDCP.

Pour les enfants ayant adhéré au contrat IDCP avant le 1^{er} janvier 2026, aucun délai de carence n'est appliqué, à condition que le handicap ait été médicalement constaté, reconnu, diagnostiqué et/ou traité qu'après cette date.

Il est rappelé que le handicap de l'enfant ne doit en aucun cas avoir été médicalement constaté, reconnu, diagnostiqué et/ou traité ni avant la souscription de la garantie ni avant l'expiration du délai de carence.

Cette garantie familiale vous concerne que vous soyez ouvrant droit, conjoint ayant droit. Toutefois, la garantie étant familiale, **elle n'est acquise qu'une fois au sein d'une même famille et un seul capital peut être versé par enfant en situation de handicap, même si plusieurs cotisations sont versées.**

Pour bénéficier de la prestation, l'ouvrant droit ou le conjoint ayant droit doit adresser un Formulaire Médical à son médecin traitant ou spécialiste. Ce dernier le complète au regard de l'état de santé de l'enfant couvert. Le Formulaire doit être adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de la CCAS.

MONTANT

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'état de santé de votre enfant.

CAPITAL EN EUROS

5 000 €

EXCLUSIONS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Handicap médicalement constaté (reconnu, diagnostiqué et/ou traité) avant la souscription de la garantie et les suites et conséquences de ce handicap.
- Handicap médicalement constaté (reconnu, diagnostiqué et/ou traité) avant l'expiration du délai de carence de 12 mois et les suites et conséquences de ce handicap. Cette disposition n'est pas applicable si le handicap résulte d'un accident.
- Accident ou maladie résultant du fait volontaire des père ou mère de l'enfant ou du fait volontaire de l'enfant majeur.
- Accident ou maladie résultant soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale.
- Accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.
- Accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si la mère, le père ou l'enfant n'y prend pas une part active.
- Accident résultant d'un état d'imprégnation alcoolique de l'enfant ou de ses père ou mère défini par l'existence d'un taux d'alcoolémie 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.

- Accident résultant de la conduite par l'enfant ou ses père ou mère, d'un véhicule sans permis en état de validité ou sans l'âge requis.
- Travaux souterrains ou sous l'eau, manipulation d'explosifs, effet de radiations atomiques.
- Le handicap, intervenant au cours du délai de carence de 12 mois.

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

- Le formulaire « Demande de reconnaissance du handicap de l'enfant »
- Le livret de famille
- Pièces justifiant de la qualité d'enfant en situation de handicap tel que défini à l'article 1 dont notamment la notification de l'Allocation Enfant Handicapé (ou l'allocation adulte handicapé) ou son renouvellement, délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées
- Les coordonnées bancaires (RIB) du ou des bénéficiaire(s)
- Toutes autres pièces que Solimut Mutuelle de France jugera nécessaires au règlement de la prestation.

CESSATION DE LA GARANTIE

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

- A la cessation de la garantie Décès Accidentel et/ou Infirmité Permanente Accidentelle, pour les adhérents ayant adhéré à cette formule.
- A la cessation de la garantie Décès Toutes Causes, pour les adhérents ayant adhéré à cette formule.

Article 13.9. 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 13.10. 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 sciaticques 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 1er 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.

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 - CONTROLE MEDICAL 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).

GENERALITES

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, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 20 - FAUSSE DECLARATION

Les déclarations que vous faites servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve 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 la Mutuelle est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

ARTICLE 21 - RECLAMATIONS

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



ccas.assurances-prevoyance@asmeg.org

CCAS - DÉPARTEMENT



ASSURANCES PRÉVOYANCE

8 rue de Rosny - BP 629

93104 MONTREUIL CEDEX

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.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ».

Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

ARTICLE 22 - MEDIATION

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://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/>

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.

Le Médiateur, personnalité extérieure à Solimut Mutuelle de France, rend son avis en toute indépendance.

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le Médiateur, le recours à une action en justice devant les tribunaux compétents reste toujours possible.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit de l'adhérent à saisir la justice. La décision du Médiateur s'impose à la Mutuelle.

ARTICLE 23 - PRESCRIPTION

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'événement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

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

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

- En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » 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 mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

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

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

ARTICLE 24 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle ») et la Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electriques et Gazieres (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.

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de Sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties,

de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, 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. À ce titre, la Mutuelle se réserve la faculté de recourir à la plateforme gouvernementale dédiée, afin de vérifier l'authenticité des documents d'identité transmis, dans le respect des recommandations de la CNIL.

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. Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les destinataires des données sont le Souscripteur (la CCAS), les services de la Mutuelle et du Gestionnaire en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de Sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Pour la réalisation de ce traitement, la Mutuelle pourra faire appel à un sous-traitant lié par contrat, qui présentera, les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la Mutuelle.

Les 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

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

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle 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.

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

- Soit par mail à



dpo.smf@solimut.fr ;

- Soit par courrier à

DPO - SMF,



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

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy

- TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 25 - OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

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 SAS CONSOPROTEC, sise 19 rue de la Vallée-Maillard, 41000 Blois, France 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 A 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 le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

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

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.

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

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

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 30 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.

Les modalités d'exercice

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 30 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. »

Les effets du droit de renonciation

L'adhésion ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf vous le demandez expressément. Vous serez alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

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

Si vous exercez votre droit de renonciation, la Mutuelle vous remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception ou de l'envoi recommandé électronique, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

À l'inverse, vous serez tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation que vous auriez reçue de cette dernière.

ARTICLE 27 - DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DU DEMARCHAGE A DOMICILE

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

Les modalités d'exercice

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 30 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. »

Les effets du droit de renonciation

L'adhésion ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de votre part.

Si vous avez demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation, vous devrez vous acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à votre demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

ARTICLE 28 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX - FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, 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 la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

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

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

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

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

ARTICLE 29 - AUTORITE DE CONTROLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'A.C.P.R (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 30 - 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

LEXIQUE

A

Agent statutaire

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.

Agent non statutaire

Personnel ne bénéficiant pas du statut National du Personnel des industries électriques et gazières (Agent contractuel de la CCAS, permanent Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Actions Sociales - CMCAS, praticien de la CCAS, médecin du travail ou conseil).

Assiette

- Pour l'ouvrant droit ou pour le conjoint : l'assiette de cotisation ou de prestation correspond au traitement brut mensuel de l'ouvrant droit. Elle est composée des éléments suivants selon le statut de l'adhérent :
 - Pour les adhérents actifs : c'est le salaire brut mensuel (NR, échelon et majoration résidentielle) calculé sur 13 mois (soit 13 / 12e de mois).Pour les agents bénéficiant de la prime « complément pour conduite nucléaire », il convient de l'ajouter au montant du salaire brut.
- Pour les adhérents inactifs : c'est le montant de la pension brute mensuelle auquel s'ajoutent les majorations enfants.
- Pour les enfants à charge : l'assiette de cotisation ou de prestation correspond respectivement au montant du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

Assurés

C'est l'ensemble des personnes pour lesquelles un BIA (Bulletin Individuel d'Affiliation) peut être rempli. Comme indiqué précédemment, dans cette population peuvent être présents les agents eux-mêmes ainsi que leurs ayants droit : leur conjoint, leurs enfants ou ceux de leur conjoint.

B

Bénéficiaires

Ce sont les personnes qui vont toucher l'argent (capital et / ou rente) en cas de décès. Chaque assuré désigne ses bénéficiaires sur le BIA, ceux-ci pouvant n'avoir aucun lien avec l'assuré.

En cas de non-désignation, la clause bénéficiaire type sera appliquée.

C

CAMIEG

Caisse d'Assurance-Maladie des industries électriques et gazières.

Capital souscrit

Le capital souscrit est la multiplication du taux choisi pour la garantie concernée par l'assiette.

Carence

Période qui suit l'adhésion pendant laquelle l'assuré n'est pas couvert par la (les) garantie(s).

CCAS

Caisse Centrale d'Activités Sociales.

CMCAS

Caisse Mutuelle Complémentaire et d'Action Sociale.

I

IEG

Industries Électrique et Gazière.

P

PASS

Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

R

Résiliation

Droit pour l'assuré ou l'assureur de mettre fin à l'adhésion.

Revalorisation

Opération de modification des montants de garantie prenant effet à l'échéance principale.

RO

Régime Obligatoire (de prévoyance).

Annexe 1

Tableau de cotisations

PACK GARANTIES « TOUTES CAUSES »							
DECES TOUTES CAUSES, INVALIDITES	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%
INVALIDITES	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%
DECES 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 A 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	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%
RENTE TEMPORAIRE D'ÉDUCATION	CONJOINT AYANT DROIT	Taux plein*	0,41%	0,83%	1,24%	1,66%
	AGENT OUVRANT DROIT	Capital	Option A		Option B	
		Taux de cotisation				
		Taux réduit*	0,123%		0,244%	
RENTES	CONJOINT AYANT DROIT	Taux plein*	0,216%		0,431%	

* Depuis le 1er mai 2022, taux réduit applicable de votre adhésion, lorsque vous adhérez avant votre 40e anniversaire, jusqu'à votre 40e 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 et/ou infirmité par accident. A ce titre, la cotisation reste maintenue.

GARANTIE CAPITAL ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP	
OUVRANT DROIT CONJOINT AYANT DROIT	Aucune cotisation supplémentaire n'est versée par l'adhérent pour cette garantie.

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

** Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

Annexe 2

BARÈME GARANTIE « INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE »

ND/D : NON DOMINANT/DOMINANT

% : POURCENTAGE APPRÉCIÉ EN FONCTION DE L'IMPORTANCE DE LA PERTE FONCTIONNELLE DE MOBILITÉ.

TÊTE		
CRANE		
Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :		
Surface supérieure ou égale à 6 cm²	40%	
Surface supérieure ou égale à 3 cm² et inférieure à 6 cm²	20%	
Surface inférieure à 3 cm²	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 œil	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 SUPERIEUR		
ORTHOPEDIE		
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 SUPERIEUR

ORTHOPEDIE

	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 médius (D3)	8%	10%
Amputation d'un doigt autre que le pouce, index, médius (D4 ou D5)	6%	7%

NEUROLOGIE GAUCHE DROIT

	ND	D
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 INFERIEUR

ORTHOPEDIE

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.



BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

AU CONTRAT N°93006 IDCP 01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

CCAS - DIRECTION PREVOYANCE ASSURANCES - 8 RUE DE ROSNY - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - TEL : 01 84 980 980

ORGANISME ASSUREUR : 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 - 75436 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.

La date d'effet de l'affiliation pour l'ensemble des personnes couvertes est indiquée dans l'encadré dédié. La date qui doit être prise en compte est au plus tôt le jour où le bulletin a été agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales.

VOTRE SITUATION

Vous êtes : ☐ Actif ☐ Retraité depuis le (date de départ à la retraite)

Situation de famille : ☐ Isolé sans enfant ☐ Isolé avec enfants ☐ Couple sans enfant ☐ Couple avec enfants

On entend par "couple" les adhérents en situation de concubinage, pacsé ou marié.

IDENTIFICATION DE L'OUVRANT DROIT

☐ Madame ☐ Monsieur

NIA* :

Couple agent : ☐ Oui ☐ Non

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* : | | | | | | | |

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* | | | | | Ville* :

Numéro de Sécurité Sociale* :

Adresse mail* :

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

Nb d'enfant(s) à charge Nb d'enfant(s) handicapé(s)

Date d'entrée dans les IEG : | | | | | | | | Classement : NR | | | | Echelon | | | Majoration résidentielle | | | |

Salaire/pension annuel(le) brut(e) €

CHOIX DES GARANTIES ET/OU DES CAPITAUX (les conditions de souscription, d'application et limites des garanties sont détaillées dans la Notice d'information)

☐ JE SOUHAITE M'AFFILIER EN TANT QU'OUVRANT DROIT

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | Date d'effet validée par la CCAS : | | | | | | | |

CHOISIR UN PACKAGE UNIQUEMENT, SELON VOTRE SITUATION FAMILIALE ET VOTRE SOUHAIT DE COUVERTURE
LE CHOIX DE GARANTIE S'IMPOSE À VOS ÉVENTUELS AYANTS-DROIT.

PACKAGE ESSENTIEL

Choix :		☐	☐	☐	☐
Garantie en % du salaire de référence = Salaire annuel brut de l'agent y compris le 13ème mois ou pensions annuelles brutes de l'agent					
		Isolé sans enfant	Isolé avec enfants	Couple sans enfant	Couple avec enfants
GARANTIE TOUTES CAUSES	Décès Agent				
	Invalidité Agent (pour les actifs)				
	Décès Conjoint				
	Décès Enfant				
GARANTIE ACCIDENTS	Agent	400% ⁽²⁾	400% ⁽²⁾	400% ⁽²⁾	400% ⁽²⁾
	Conjoint			400% ⁽²⁾	400% ⁽²⁾
	Enfant		48060 € ⁽¹⁾⁽²⁾		48060 € ⁽¹⁾⁽²⁾
GARANTIES INCLUSES	Hospitalisation ⁽³⁾	✓	✓	✓	✓
	Assistance ⁽⁴⁾	✓	✓	✓	✓
	Capital Enfant en situation de handicap ⁽⁴⁾⁽⁵⁾		✓		✓
	Éducation		EN OPTION		EN OPTION
RENTES	Conjoint			EN OPTION	EN OPTION

(1) 100% du Plafond annuel Sécurité Sociale
(2) Décès 0% - Infirmitté permanente 100%

(3) Aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'agent ouvrant droit uniquement
(4) Aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'adhérent
(5) Dès lors que l'enfant est adhérent au contrat IDCP en figurant sur le bulletin individuel d'affiliation

* A compléter obligatoirement

PACKAGE TRANQUILITÉ					
Choix :		☐	☐	☐	☐
Garantie en % du salaire de référence = Salaire annuel brut de l'agent y compris le 13ème mois ou pensions annuelles brutes de l'agent		 Isolé sans enfant	 Isolé avec enfants	 Couple sans enfant	 Couple avec enfants
GARANTIE TOUTES CAUSES	Décès Agent				
	Invalidité Agent (pour les actifs)	100%	100%	100%	100%
	Décès Conjoint			100%	100%
	Décès Enfant		48060 € ⁽¹⁾		48060 € ⁽¹⁾
GARANTIE ACCIDENTS	Agent	600% ⁽²⁾	600% ⁽²⁾	600% ⁽²⁾	600% ⁽²⁾
	Conjoint			600% ⁽²⁾	600% ⁽²⁾
	Enfant		48060 € ⁽¹⁾⁽²⁾		48060 € ⁽¹⁾⁽²⁾
GARANTIES INCLUSES	Hospitalisation ⁽³⁾	✓	✓	✓	✓
	Assistance ⁽⁴⁾	✓	✓	✓	✓
	Capital Enfant en situation de handicap ⁽⁴⁾⁽⁵⁾		✓		✓
RENTES	Éducation		EN OPTION		EN OPTION
	Conjoint			EN OPTION	EN OPTION

(1) 100% du Plafond annuel Sécurité Sociale

(2) Décès 0% - Infirmité permanente 100%

(3) Aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'agent ouvrant droit uniquement

(4) Aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'adhérent

(5) Dès lors que l'enfant est adhérent au contrat IDCP en figurant sur le bulletin individuel d'affiliation

PACKAGE EXCELLENCE						
Choix :		☐	☐	☐	☐	
Garantie en % du salaire de référence = Salaire annuel brut de l'agent y compris le 13ème mois ou pensions annuelles brutes de l'agent		 Isolé sans enfant	 Isolé avec enfants	 Couple sans enfant	 Couple avec enfants	
GARANTIE TOUTES CAUSES	Décès Agent	200%	200%	200%	200%	
	Invalidité Agent (pour les actifs)	200%	200%	200%	200%	
	Décès Conjoint			200%	200%	
	Décès Enfant		48060 € ⁽¹⁾		48060 € ⁽¹⁾	
GARANTIE ACCIDENTS	Agent	800% ⁽²⁾	800% ⁽²⁾	800% ⁽²⁾	800% ⁽²⁾	
	Conjoint			800% ⁽²⁾	800% ⁽²⁾	
	Enfant		48060 € ⁽¹⁾⁽²⁾		48060 € ⁽¹⁾⁽²⁾	
GARANTIES INCLUSES	Hospitalisation ⁽³⁾	✓	✓	✓	✓	
	Assistance ⁽⁴⁾	✓	✓	✓	✓	
	Capital Enfant en situation de handicap ⁽⁴⁾⁽⁵⁾		✓		✓	
RENTES	Éducation		EN OPTION		EN OPTION	
	Conjoint			EN OPTION	EN OPTION	

(1) 100% du Plafond annuel Sécurité Sociale

(2) Décès 0% - Infirmité permanente 100%

(3) Aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'agent ouvrant droit uniquement

(4) Aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'adhérent

(5) Dès lors que l'enfant est adhérent au contrat IDCP en figurant sur le bulletin individuel d'affiliation

CHOIX DES OPTIONS					
RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT	Souscription possible si l'ouvrant droit est un agent en activité, et avant vos 49 ans inclut uniquement				
	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%
Montants exprimés en pourcentage du salaire annuel brut y compris 13 ^{ème} mois					
RENTE TEMPORAIRE D'ÉDUCATION	Souscription possible uniquement si l'ouvrant droit est un agent en activité				
	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 ou 26 ans inclus	10%	20%		
Montants exprimés en pourcentage du salaire annuel brut y compris 13 ^{ème} mois					

☐ **JE SOUHAITE AFFILIER MON CONJOINT AYANT DROIT** (tel que défini dans la notice d'information et sur présentation des justificatifs nécessaires)

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :

☐ Madame ☐ Monsieur

NIA* :

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* Ville*

Numéro de Sécurité Sociale* :

Adresse mail* :

Situation : ☐ En activité ☐ Pensionné depuis le (date de départ à la retraite)

CHOIX DES OPTIONS

RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT	Souscription possible si l'ouvrant droit est un agent en activité, et avant vos 49 ans inclut uniquement				
	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%
Montants exprimés en pourcentage du salaire annuel brut y compris 13 ^{ème} mois					
RENTE TEMPORAIRE D'ÉDUCATION	Souscription possible uniquement si l'ouvrant droit est un agent en activité				
	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 ou 26 ans inclus	10%	20%		
Montants exprimés en pourcentage du salaire annuel brut y compris 13 ^{ème} mois					

☐ **JE SOUHAITE AFFILIER MES ENFANTS AYANTS DROIT À CHARGE FISCALEMENT** (tels que définis dans la Notice d'information et sur présentation des justificatifs nécessaires). Si vous souhaitez affilier plus de 3 enfants, veuillez utiliser un bulletin d'adhésion supplémentaire

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 1

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* Ville*

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽²⁾ Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 2

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* Ville*

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽²⁾ Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 3

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* Ville*

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽²⁾ Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

* A compléter obligatoirement

COTISATIONS

La cotisation est mentionnée sur l'attestation de souscription adressée à l'ouvrant droit par la CCAS.

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS)

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France 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.

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, 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). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants:

A. Ces données peuvent être destinées au Souscripteur (la CCAS), aux salariés des services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, aux organismes de Sécurité sociale, aux professionnels de santé, aux sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, aux services administratifs et judiciaires définis par la loi et aux autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. En outre, peuvent être destinataires des données nécessaires au traitement des dossiers d'action sociale, et uniquement ces données, les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (les CMCAS).

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. 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. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande.

Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 MARSEILLE. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, 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, France, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

VENTE À DISTANCE ET DÉMARCHAGE

Conformément à l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

L'entrée en vigueur du contrat est reportée à l'expiration du délai de renonciation.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-Du-Var Cedex, une lettre recommandée rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le __/__/__, datée et signée. ».

Toutefois, vous pouvez autoriser expressément le commencement d'exécution de votre contrat.

La demande expresse de commencement d'exécution ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation. Solimut Mutuelle de France s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

Le signataire autorise expressément le commencement d'exécution de son contrat. À défaut, cocher la case : ☐

LISTE DES PIÈCE JUSTIFICATIVES AVEC CASES À COCHER POUR VALIDATION

Afin de formaliser votre affiliation, vous devez compléter et signer ce bulletin d'affiliation, puis l'envoyer à la CCAS, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- ☐ Photocopie de votre pièce d'identité et de celles de vos ayants droit
- ☐ Justificatif de vos salaires (bulletin de salaire et vos bulletins de pension de retraite)
- ☐ Mandat SEPA accompagné d'un Relevé d'identité Bancaire avec BIC et IBAN à votre nom
- ☐ Questionnaire de santé dûment complété et signé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS
- ☐ Si vous souhaitez effectuer une désignation particulière de bénéficiaire, le formulaire de désignation de bénéficiaire doit être complété et signé

La CCAS se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire. Votre dossier d'adhésion complet est à envoyer par courrier postal à : CCAS-DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP6 29 - 93104 MONTREUIL CEDEX.

SIGNATURE

Le signataire certifie exactes les informations communiquées et reconnaît avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle, de la notice d'information et du contenu de la garantie. Le signataire s'engage à informer la CCAS de toute modification de sa situation et/ou ses ayants droit.

Fait à le | | | | |

Signature de l'ouvrant droit :
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

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 - 75436 Paris Cedex 09), 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.

Maj 01/2026



BULLETIN INDIVIDUEL MODIFICATIF

AU CONTRAT N°93006 IDCP 01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

CCAS - DIRECTION PREVOYANCE ASSURANCES - 8 RUE DE ROSNY - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - TEL : 01 84 980 980

ORGANISME ASSUREUR : 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 - 75436 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.

☐ Demande de modification

La date d'effet de la modification est indiquée pour chaque personne dans l'encadré dédié. La date qui doit être prise en compte est au plus tôt le jour où le bulletin a été agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales. **En cas de demande de résiliation, un courrier distinct doit être adressé à la CCAS, la seule modification du présent bulletin d'adhésion ne permet pas la résiliation d'une adhésion.**

IDENTIFICATION DE L'OUVRANT DROIT

☐ Madame ☐ Monsieur NIA* :

Couple agent : ☐ Oui ☐ Non

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* : | | | | | | | |

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* | | | | | Ville* :

Numéro de Sécurité Sociale* :

Adresse mail* :

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

Situation : ☐ En activité ☐ Pensionné depuis le (date de départ à la retraite)

Nb d'enfant(s) à charge Nb d'enfant(s) handicapé(s)

Date d'entrée dans les IEG : | | | | | | | | Classement : NR | | | | Échelon | | | Majoration résidentielle | | |

Salaire/pension annuel(le) brut(e) €

CHOIX DES GARANTIES ET/OU DES CAPITAUX (les conditions de souscription, d'application et limites des garanties sont détaillées dans la Notice d'information)

☐ JE SOUHAITE M'AFFILIER OU MODIFIER MON AFFILIATION EN TANT QU'OUVRANT DROIT ☐ AUCUNE MODIFICATION SOUHAITÉE

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | Date d'effet validée par la CCAS : | | | | | | | |

GARANTIE TOUTES CAUSES

☐ DÉCÈS TOUTES CAUSES ET INVALIDITÉ TOUTES CAUSES

En % du salaire ou pension de l'agent, ou pour le conjoint ouvrant droit veuf, en % de la pension de réversion ou 60% du PASS.

> Je suis un Agent Ouvrant Droit :

Souscription avant 54 ans inclus ☐ 50% ☐ 100% ☐ 150% ☐ 200% ☐ 400%*

* (Le capital de 400% ne pourra être versé que si le décès intervient avant l'âge légal de départ à la retraite ou, s'il intervient avant 72 ans inclus si l'adhérent a au moins un enfant à charge. À défaut un capital de 200% sera versé).

Souscription à compter de 55 ans ☐ 50% ☐ 100% ☐ 150% ☐ 200%

☐ INVALIDITÉ TOUTES CAUSES (Si la garantie Décès toutes causes n'a pas été souscrite)

Souscription possible uniquement si l'ouvrant droit est un agent en activité, en % du salaire de l'agent

☐ 50% ☐ 100% ☐ 150% ☐ 200% ☐ 400%* (ce niveau de garantie ne peut être souscrit qu'avant vos 54 ans inclus)

☐ RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT Souscription possible si l'ouvrant droit est un agent en activité, et avant vos 49 ans inclus uniquement

☐ Option 1 ☐ Option 2 ☐ Option 3 ☐ Option 4

☐ RENTE TEMPORAIRE D'ÉDUCATION Souscription possible uniquement si l'ouvrant droit est un agent en activité

☐ Option A ☐ Option B

GARANTIE ACCIDENTELLE

DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

en % du salaire ou pension de l'agent ou en % de la pension de réversion ou 60% du PASS

☐ 100% ☐ 200% ☐ 400% ☐ 600% ☐ 800%

> Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : le capital Infirmité :



GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT (aucune cotisation supplémentaire à verser pour l'agent ouvrant droit uniquement)

☐ **JE SOUHAITE AFFILIER MON CONJOINT AYANT DROIT** (tel que défini dans la notice d'information et sur présentation des justificatifs nécessaires)
 Date d'effet souhaitée : [][][][][][] Date d'effet validée par la CCAS : [][][][][][]

☐ **AUCUNE MODIFICATION SOUHAITÉE**

☐ Madame ☐ Monsieur NIA* :

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* : [][][][][][]

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* [][][][] Ville* :

Numéro de Sécurité Sociale* :

Adresse mail* :

Situation de famille : ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e)

Situation : ☐ En activité ☐ Pensionné depuis le [][][][][][] (date de départ à la retraite)

GARANTIE TOUTES CAUSES	☐ DÉCÈS TOUTES CAUSES En % du salaire ou pension de l'agent Souscription avant 54 ans inclus ☐ 50% ☐ 100% ☐ 150% ☐ 200% ☐ 400%* <i>* (Le capital de 400% ne pourra être versé que si le décès intervient avant l'âge légal de départ à la retraite ou, s'il intervient avant 72 ans inclus si l'adhérent a au moins un enfant à charge. À défaut un capital de 200% sera versé).</i> Souscription à compter de 55 ans ☐ 50% ☐ 100% ☐ 150% ☐ 200%
	☐ RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT Souscription possible si l'ouvrant droit est un agent en activité, et avant vos 49 ans inclus uniquement ☐ Option 1 ☐ Option 2 ☐ Option 3 ☐ Option 4
	☐ RENTE TEMPORAIRE D'ÉDUCATION Souscription possible uniquement si l'ouvrant droit est un agent en activité ☐ Option A ☐ Option B

GARANTIE ACCIDENTELLE	DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE en % du salaire ou pension de l'agent ☐ 100% ☐ 200% ☐ 400% ☐ 600% ☐ 800% > Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : le capital Infirmité :
----------------------------------	---

☐ **GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT**

☐ **JE SOUHAITE AFFILIER MES ENFANTS AYANTS DROIT À CHARGE FISCALEMENT** (tels que définis dans la Notice d'information et sur présentation des justificatifs nécessaires). Si vous souhaitez affilier plus de 3 enfants, veuillez utiliser un bulletin d'adhésion supplémentaire

☐ **AUCUNE MODIFICATION SOUHAITÉE**

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 1

Date d'effet souhaitée :
 Date d'effet validée par la CCAS :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* Ville* :

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽²⁾ Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

GARANTIE TOUTES CAUSES

☐ **DÉCÈS TOUTES CAUSES** Montant de la garantie 100% (en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale)
 De 12 à 21 ans ou 26 ans (si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant en situation de handicap tel que défini dans la notice)

GARANTIE ACCIDENTELLE

☐ **DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE**
 en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
 Jusqu'à 11 ans inclus - garantie Infirmité uniquement ☐ 100%
 De 12 à 21 ans ou 26 ans inclus (si études ou apprentissages ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé tel que défini dans la notice) ☐ 100%
 > Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : le capital Infirmité :

☐ **GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT**

* A compléter obligatoirement

Date d'effet souhaitée : [][]/[][]/[][][][][][][][] Date d'effet validée par la CCAS : [][]/[][]/[][][][][][][][]

Nom et Prénom(s)* : _____ Date de naissance* : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse*

Code postal* | | | | | Ville*

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

(2) Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

☐ **DÉCÈS TOUTES CAUSES** Montant de la garantie 100% (en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale)
De 12 à 21 ans ou 26 ans (si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant en situation de handicap tel que défini dans la notice)

☐ **DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE**
en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
Jusqu'à 11 ans inclus - garantie infirmité uniquement ☐ 100%
De 12 à 21 ans ou 26 ans inclus (si études ou apprentissages ou sans
limite d'âge pour l'enfant handicapé tel que défini dans la notice) ☐ 100%
> Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : le capital Infirmité :

☐ **GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT**

Date d'effet souhaitée : [][][][][][][][] Date d'effet validée par la CCAS : [][][][][][][][]

Nom et Prénom(s)* : _____ Date de naissance* : | | | | | | | | | |

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse*

Code postal* Ville*

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽²⁾ Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

☐ **DÉCÈS TOUTES CAUSES** Montant de la garantie 100% (en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale)
De 12 à 21 ans ou 26 ans (si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant en situation de handicap tel que défini dans la notice)

☐ **DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE**
en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
Jusqu'à 11 ans inclus - garantie Infirmité uniquement ☐ 100%
De 12 à 21 ans ou 26 ans inclus (si études ou apprentissages ou sans
limite d'âge pour l'enfant handicapé tel que défini dans la notice) ☐ 100%
> Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : le capital Infirmité :

☐ **GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT**

* A compléter obligatoirement.

COTISATIONS

La cotisation est mentionnée sur l'attestation de souscription adressée à l'ouvrant droit par la CCAS.

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS)

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France 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.

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, 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). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants:

A. Ces données peuvent être destinées au Souscripteur (la CCAS), aux salariés des services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, aux organismes de Sécurité sociale, aux professionnels de santé, aux sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, aux services administratifs et judiciaires définis par la loi et aux autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. En outre, peuvent être destinataires des données nécessaires au traitement des dossiers d'action sociale, et uniquement ces données, les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (les CMCAS).

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. 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. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande.

Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 MARSEILLE. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, 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, France, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

VENTE À DISTANCE ET DÉMARCHAGE

Conformément à l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

L'entrée en vigueur du contrat est reportée à l'expiration du délai de renonciation.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-Du-Var Cedex, une lettre recommandée rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le __/__/__, datée et signée. ».

Toutefois, vous pouvez autoriser expressément le commencement d'exécution de votre contrat.

La demande expresse de commencement d'exécution ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation. Solimut Mutuelle de France s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

Le signataire autorise expressément le commencement d'exécution de son contrat. À défaut, cocher la case : ☐

LISTE DES PIÈCE JUSTIFICATIVES AVEC CASES À COCHER POUR VALIDATION

Afin de formaliser votre affiliation, vous devez compléter et signer ce bulletin d'affiliation, puis l'envoyer à la CCAS, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- ☐ Photocopie de votre pièce d'identité et de celles de vos ayants droit
- ☐ Justificatif de vos salaires (bulletin de salaire et vos bulletins de pension de retraite)
- ☐ Questionnaire de santé dûment complété et signé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS (* uniquement en cas d'augmentation du taux pour l'ouvrant droit et/ou le conjoint) ;
- ☐ Si vous souhaitez effectuer une désignation particulière de bénéficiaire, le formulaire de désignation de bénéficiaire doit être complété et signé

La CCAS se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire. Votre dossier d'adhésion complet est à envoyer par courrier postal à : CCAS-DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP6 29 - 93104 MONTREUIL CEDEX.

SIGNATURE

Le signataire certifie exactes les informations communiquées et reconnaît avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle, de la notice d'information et du contenu de la garantie. Le signataire s'engage à informer la CCAS de toute modification de sa situation et/ou ses ayants droit.

Fait à le | | | | |

Signature de l'ouvrant droit :
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

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 - 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Maj 01/2026



BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION "SPÉCIAL ENFANTS AYANT DROIT" SI PLUS DE 3 ENFANTS COUVERTS

AU CONTRAT N°93006 IDCP 01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

CCAS - DIRECTION PREVOYANCE ASSURANCES - 8 RUE DE ROSNY - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - TEL : 01 84 980 980

ORGANISME ASSUREUR : 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 - 75436 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.

La date d'effet de l'affiliation pour l'ensemble des personnes couvertes est indiquée dans l'encadré dédié. La date qui doit être prise en compte est au plus tôt le jour où le bulletin a été agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales.

VOTRE SITUATION

Vous êtes : ☐ Actif ☐ Retraité depuis le (date de départ à la retraite)
Situation de famille : ☐ Isolé sans enfant ☐ Isolé avec enfants ☐ Couple sans enfant ☐ Couple avec enfants
On entend par "couple" les adhérents en situation de concubinage, pacsé ou marié.

IDENTIFICATION DE L'OUVRANT DROIT

☐ Madame ☐ Monsieur NIA* :
Couple agent : ☐ Oui ☐ Non
Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :
Nom de naissance* : Ville de naissance* :
Adresse* :
Code postal* Ville*
Numéro de Sécurité Sociale* :
Adresse mail* :
Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)
Nb d'enfant(s) à charge Nb d'enfant(s) handicapé(s)
Date d'entrée dans les IEG : Classement : NR Échelon Majoration résidentielle
Salaire/pension annuel(e) brut(e) €

☐ JE SOUHAITE AFFILIER MES ENFANTS AYANTS DROIT À CHARGE FISCALEMENT

(tels que définis dans la Notice d'information et sur présentation des justificatifs nécessaires).

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 4

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :
☐ Madame ☐ Monsieur
Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :
Nom de naissance* : Ville de naissance* :
Adresse* :
Code postal* Ville*
En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non
(²) Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 5

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :
☐ Madame ☐ Monsieur
Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :
Nom de naissance* : Ville de naissance* :
Adresse* :
Code postal* Ville*
En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non
(²) Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 6

Date d'effet souhaitée : Date d'effet validée par la CCAS :
☐ Madame ☐ Monsieur
Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* :
Nom de naissance* : Ville de naissance* :
Adresse* :
Code postal* Ville*
En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non
(²) Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

* A compléter obligatoirement

COTISATIONS

La cotisation est mentionnée sur l'attestation de souscription adressée à l'ouvrant droit par la CCAS.

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS)

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France 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.

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, 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). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants:

A. Ces données peuvent être destinées au Souscripteur (la CCAS), aux salariés des services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, aux organismes de Sécurité sociale, aux professionnels de santé, aux sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, aux services administratifs et judiciaires définis par la loi et aux autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. En outre, peuvent être destinataires des données nécessaires au traitement des dossiers d'action sociale, et uniquement ces données, les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (les CMCAS).

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. 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. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande.

Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 MARSEILLE. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, 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, France, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

VENTE À DISTANCE ET DÉMARCHAGE

Conformément à l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

L'entrée en vigueur du contrat est reportée à l'expiration du délai de renonciation.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-Du-Var Cedex, une lettre recommandée rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le __/__/__, datée et signée. ».

Toutefois, vous pouvez autoriser expressément le commencement d'exécution de votre contrat.

La demande expresse de commencement d'exécution ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation. Solimut Mutuelle de France s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

Le signataire autorise expressément le commencement d'exécution de son contrat. À défaut, cocher la case : ☐

LISTE DES PIÈCE JUSTIFICATIVES AVEC CASES À COCHER POUR VALIDATION

Afin de formaliser votre affiliation, vous devez compléter et signer ce bulletin d'affiliation, puis l'envoyer à la CCAS, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- ☐ Photocopie de votre pièce d'identité et de celles de vos ayants droit
- ☐ Justificatif de vos salaires (bulletin de salaire et vos bulletins de pension de retraite)
- ☐ Questionnaire de santé dûment complété et signé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS (* uniquement en cas d'augmentation du taux pour l'ouvrant droit et/ou le conjoint)
- ☐ Si vous souhaitez effectuer une désignation particulière de bénéficiaire, le formulaire de désignation de bénéficiaire doit être complété et signé

La CCAS se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire. Votre dossier d'adhésion complet est à envoyer par courrier postal à : CCAS-DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP6 29 - 93104 MONTREUIL CEDEX.

SIGNATURE

Le signataire certifie exactes les informations communiquées et reconnaît avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle, de la notice d'information et du contenu de la garantie. Le signataire s'engage à informer la CCAS de toute modification de sa situation et/ou ses ayants droit.

Fait à le | | | | |

Signature de l'ouvrant droit :
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

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 - 75436 Paris Cedex 09), 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.

Maj 01/2026



BULLETIN INDIVIDUEL MODIFICATIF "SPÉCIAL ENFANTS AYANT DROIT" SI PLUS DE 3 ENFANTS COUVERTS

AU CONTRAT N°93006 IDCP 01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

CCAS - DIRECTION PREVOYANCE ASSURANCES - 8 RUE DE ROSNY - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - TEL : 01 84 980 980

ORGANISME ASSUREUR : 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 - 75436 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.
La date d'effet de l'affiliation pour l'ensemble des personnes couvertes est indiquée dans l'encadré dédié. La date qui doit être prise en compte est au plus tôt le jour où le bulletin a été agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales.

☐ Demande de modification

La date d'effet de la modification est indiquée pour chaque personne dans l'encadré dédié. La date qui doit être prise en compte est au plus tôt le jour où le bulletin a été agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales. **En cas de demande de résiliation, un courrier distinct doit être adressé à la CCAS, la seule modification du présent bulletin d'adhésion ne permet pas la résiliation d'une adhésion.**

IDENTIFICATION DE L'OUVRANT DROIT

☐ Madame ☐ Monsieur

NIA* :

Couple agent : ☐ Oui ☐ Non

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* : | | | | | | | |

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* | | | | | Ville* :

Numéro de Sécurité Sociale* :

Adresse mail* :

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

Situation : ☐ En activité ☐ Pensionné depuis le (date de départ à la retraite)

Nb d'enfant(s) à charge* : Nb d'enfant(s) handicapé(s)* :

Date d'entrée dans les IEG : | | | | | | | | Classement : NR | | | | Échelon | | | Majoration résidentielle | | | |

Salaire/pension annuel(e) brut(e) : €

☐ JE SOUHAITE AFFILIER MES ENFANTS AYANTS DROIT À CHARGE FISCALEMENT

(tels que définis dans la Notice d'information et sur présentation des justificatifs nécessaires).

☐ AUCUNE MODIFICATION SOUHAITÉE

IDENTIFICATION DE L'ENFANT 4

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | Date d'effet validée par la CCAS : | | | | | | | |

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom et Prénom(s)* : Date de naissance* : | | | | | | | |

Nom de naissance* : Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* | | | | | Ville* :

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽²⁾ Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

GARANTIE TOUTES CAUSES

☐ **DÉCÈS TOUTES CAUSES** Montant de la garantie 100% (en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale)
De 12 à 21 ans ou 26 ans (si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant en situation de handicap tel que défini dans la notice)

GARANTIE ACCIDENTELLE

☐ **DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE**
en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale

Jusqu'à 11 ans inclus - garantie Infirmité uniquement

☐ 100%

De 12 à 21 ans ou 26 ans inclus (si études ou apprentissages ou sans

limite d'âge pour l'enfant handicapé tel que défini dans la notice)

☐ 100%

> Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : Le capital Infirmité :

☐ GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT

* A compléter obligatoirement

Date d'effet souhaitée : []/[]/[] Date d'effet validée par la CCAS : []/[]/[]

Nom et Prénom(s)* : _____ Date de naissance* : | | / | | / | |

Adresse*

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

GARANTIE ☐ RÉCÈS TOUTES CAUSES Montant de la garantie 100% /

☐ **DÉCÈS TOUTES CAUSES** Montant de la garantie 100% (en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale)
De 12 à 21 ans ou 26 ans (si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant en situation de handicap tel que défini dans la notice)

☐ **DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE**
 en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
 jusqu'à 11 ans inclus - garantie infirmité uniquement ☐ 100%
 De 12 à 21 ans ou 26 ans inclus (si études ou apprentissages ou sans
 limite d'âge pour l'enfant handicapé tel que défini dans la notice) ☐ 100%
 > Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : le capital Infirmité :

☐ **GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT**

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | | | Date d'effet validée par la CCAS : | | | | | | | | | |

Nom et Prénom(s)* : _____ Date de naissance* : | | | | | | | | | |

Adresse*

Code postal* | | | | | Ville*

En études* : ☐ Oui ☐ Non A charge fiscalement* : ☐ Oui ☐ Non Enfant handicapé⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

(2) Handicap reconnu par la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées).

GARANTEE 

☐ **DÉCÈS TOUTES CAUSES** Montant de la garantie 100% (en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale)
 De 12 à 21 ans ou 26 ans (si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant en situation de handicap tel que défini dans la notice)

☐ **DÉCÈS ACCIDENTEL ET/OU INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE**
 en % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
 jusqu'à 11 ans inclus - garantie Infirmité uniquement ☐ 100%
 De 12 à 21 ans ou 26 ans inclus (si études ou apprentissages ou sans
 limite d'âge pour l'enfant handicapé tel que défini dans la notice) ☐ 100%
 > Indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès : le capital Infirmité :

☐ **GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT**

La cotisation est mentionnée sur l'attestation de souscription adressée à l'ouvrant droit par la CCAS.

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS)
Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France 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.

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, 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). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettrait en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants:

A. Ces données peuvent être destinées au Souscripteur (la CCAS), aux salariés des services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, aux organismes de Sécurité sociale, aux professionnels de santé, aux sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, aux services administratifs et judiciaires définis par la loi et aux autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. En outre, peuvent être destinataires des données nécessaires au traitement des dossiers d'action sociale, et uniquement ces données, les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (les CMCAS).

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. 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. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande.

Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 MARSEILLE. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, 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, France, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

VENTE À DISTANCE ET DÉMARCHAGE

Conformément à l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

L'entrée en vigueur du contrat est reportée à l'expiration du délai de renonciation.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-Du-Var Cedex, une lettre recommandée rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le __/__/__, datée et signée. ».

Toutefois, vous pouvez autoriser expressément le commencement d'exécution de votre contrat.

La demande expresse de commencement d'exécution ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation. Solimut Mutuelle de France s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

Le signataire autorise expressément le commencement d'exécution de son contrat. À défaut, cocher la case : ☐

LISTE DES PIÈCE JUSTIFICATIVES AVEC CASES À COCHER POUR VALIDATION

Afin de formaliser votre affiliation, vous devez compléter et signer ce bulletin d'affiliation, puis l'envoyer à la CCAS, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- ☐ Photocopie de votre pièce d'identité et de celles de vos ayants droit
- ☐ Justificatif de vos salaires (bulletin de salaire et vos bulletins de pension de retraite)
- ☐ Questionnaire de santé dûment complété et signé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du département assurance de la CCAS (* uniquement en cas d'augmentation du taux pour l'ouvrant droit et/ou le conjoint)
- ☐ Si vous souhaitez effectuer une désignation particulière de bénéficiaire, le formulaire de désignation de bénéficiaire doit être complété et signé.

La CCAS se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire. Votre dossier d'adhésion complet est à envoyer par courrier postal à : CCAS-DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP6 29 - 93104 MONTREUIL CEDEX.

SIGNATURE

Le signataire certifie exactes les informations communiquées et reconnaît avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle, de la notice d'information et du contenu de la garantie. Le signataire s'engage à informer la CCAS de toute modification de sa situation et/ou ses ayants droit.

Fait à le

Signature de l'ouvrant droit :

Précédée de la mention « Lu et approuvé »



FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Ce document est à compléter uniquement si vous ne souhaitez pas adopter la clause type figurant dans votre Notice d'Information. Cette désignation annule et remplace toute désignation antérieure éventuelle. Si l'ancienne désignation de bénéficiaire a fait l'objet d'une acceptation, l'accord de l'ancienne personne désignée est nécessaire pour toute modification. Nous vous recommandons de garder une copie du présent document.

Ce document est à renvoyer à l'adresse suivante :

CCAS - Département Assurances Prévoyance BAT C - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL Cedex

IMPORTANT :

Tout formulaire raturé, surchargé, passé au correcteur liquide ou faisant apparaître plusieurs écritures, difficilement déchiffrable ou lisible, incomplet, photocopié, non daté ou non signé, ne pourra pas être pris en compte par Solimut Mutuelle de France et sera retourné à l'adhérent. Dans ce cas, il sera fait application de la clause type de désignation de bénéficiaire prévue dans la Notice d'Information jusqu'à réception d'une nouvelle désignation valide.

Si ce formulaire ne répond pas à vos besoins, vous pouvez effectuer votre désignation de bénéficiaire sur papier libre, daté et signé, ou par acte authentique déposé chez un notaire.

Le formulaire de désignation de bénéficiaire est propre à chacun et personnel. Ainsi, chaque ouvrant droit et ayant droit pouvant souscrire une garantie décès devra remplir le présent formulaire dès lors que la dévolution contractuelle ne répond pas à ses besoins. Si vous êtes mineur, la loi vous empêche d'effectuer une désignation de bénéficiaire. Par conséquent, il sera fait application de la clause type prévue dans la notice d'information de votre contrat.

Si vous êtes une personne sous mesure de protection, nous vous rappelons que votre représentant légal ne peut être désigné bénéficiaire sans l'accord préalable du juge des tutelles.

En cas de modification de votre situation familiale et personnelle, n'oubliez pas si nécessaire de modifier cette désignation.

SOUSCRIPTEUR

NOM DU SOUSCRIPTEUR : CAISSE CENTRALE D'ACTIVITÉS SOCIALES DU PERSONNEL DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES - CCAS

ADRESSE : 8 rue de Rosny, 93100 - MONTREUIL

NUMERO CONTRAT COLLECTIF : 93006IDCP01

OUVRANT DROIT / AYANT DROIT AYANT SOUSCRIT UNE GARANTIE COUVRANT LE RISQUE DÉCÈS

Nom		Nom de naissance	
-----	--	------------------	--

Prénom(s) : N° de Sécurité Sociale :

NIA Date de naissance | | | | | | | |

Adresse _____ Ville - Code postal _____

Ville de naissance - Code postal Pays de naissance

JE SUIS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE)* *Cocher la case*

☐ Oui ☐ Non

*Vous exercez ou avez exercé depuis moins d'un an une des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives suivantes :

- Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen ;
- Membres des organes dirigeants des partis politiques ;
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- Membre d'une cour des comptes ;
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière ;
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- Dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité, membre du conseil d'une organisation internationale ou personne qui occupe une position équivalente en son sein.

UN DE MES PROCHES EST UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE)* *Cocher la case*☐ Oui ☐ Non

* Par proche il convient d'entendre :

Les personnes connues pour être des membres directs de la famille d'une personne politiquement exposée :

- Son conjoint ou concubin ;
- Son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- En ligne directe, leurs ascendants, descendants et alliés, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

Les personnes connues pour leur être étroitement associées sont :

- Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec la personne politiquement exposée ;
- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne politiquement exposée.
- Si vous ou l'un de vos proches est une personne politiquement exposée, votre adhésion à la Mutuelle ne sera pas remise en cause. Toutefois, nous vous informons qu'il sera présenté chaque année en conseil d'administration, la liste des personnes politiquement exposées.

Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (A.C.P.R.) : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09), 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.

DÉSIGNATION DE MES BÉNÉFICIAIRES

AVANT DE COMPLÉTER LE TABLEAU, LISEZ ATTENTIVEMENT LES INDICATIONS SUIVANTES :

Comment identifier le bénéficiaire :

- **Dans le cas d'une désignation nominative** : le bénéficiaire est déterminé au moment de la désignation. Vous devez indiquer ses noms (y compris le nom de naissance) prénoms, date et lieux de naissance. Il est déconseillé d'indiquer sa qualité afin d'éviter des problèmes d'interprétation en cas de changement d'état civil à la suite d'un divorce ou d'un remariage. Il est nécessaire d'être le plus précis possible afin que le bénéficiaire soit identifiable sans risque de confusion avec une autre personne (homonyme).
- **Dans le cas d'une désignation par la qualité du bénéficiaire ou par son lien avec vous** : les bénéficiaires seront déterminés au moment du décès. Si vous souhaitez désigner vos enfants, nous vous conseillons la formule suivante : « Mes enfants nés ou à naître par parts égales ». Cela permet de désigner l'ensemble de vos enfants nés au moment de la désignation, ainsi que ceux nés postérieurement à la présente désignation.
- **Dans le cas d'une désignation d'une personne morale**, vous devez mentionner la raison sociale. Il est préférable de ne pas mentionner le nom du représentant.

Comment répartir le capital :

- **Répartition du capital entre bénéficiaires** : vous pouvez répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires dans la limite de 100% du capital. En cas de décès d'un bénéficiaire, la part lui revenant sera répartie aux autres bénéficiaires désignés. Toutefois, si vous souhaitez que le capital soit versé aux héritiers du bénéficiaire désigné, vous pouvez indiquer « à défaut ses héritiers » après ses noms-prénoms ou qualité. Si la répartition du capital est supérieure ou inférieure à 100%, la Mutuelle effectuera une proratisation.
- **Ordre de priorité** : vous pouvez définir un ordre de priorité lors de la rédaction de désignation de bénéficiaire. Ainsi, si la première personne décède de manière anticipée ou renonce au capital, celui-ci sera versé à la personne suivante.
- **Combinaison ordre de priorité et répartition de capital** : vous pouvez également combiner l'ordre de priorité d'attribution du capital et la répartition de ce capital.

À défaut de précision, le capital sera réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés.

Interdiction : Il n'est pas possible, sous peine de nullité, de désigner un animal comme bénéficiaire. De plus, il est interdit de désigner un professionnel de santé vous ayant pris en charge, ni le cas échéant votre tuteur ou votre curateur, à défaut, la désignation sera considérée comme étant nulle d'effet.

CLAUSE CONTRACTUELLE PRÉVUE DANS VOTRE NOTICE D'INFORMATION

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.

VOTRE DESIGNATION

GARANTIE(S) CONCERNÉE(S) PAR LA DÉSIGNATION (Si aucune case n'est cochée la désignation est nulle, la clause type s'applique):

☐ Je souhaite désigner mes bénéficiaires de la GARANTIE TOUTES CAUSES uniquement

☐ Je souhaite désigner mes bénéficiaires de la GARANTIE ACCIDENTELLE uniquement

☐ Je souhaite désigner mes bénéficiaires pour la GARANTIE TOUTES CAUSES et la GARANTIE ACCIDENTELLE (cocher la case)

☐ Ma désignation de bénéficiaire est identique pour la garantie TOUTES CAUSES et la GARANTIE ACCIDENTELLE

☐ Je souhaite effectuer deux désignations de bénéficiaire différentes pour la garantie TOUTES CAUSES ET LA GARANTIE ACCIDENTELLE. À ce titre je m'engage à compléter les deux tableaux de désignation de bénéficiaire, à défaut la désignation de bénéficiaire de la GARANTIE ACCIDENTELLE est caduque et la clause s'applique.

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 - 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

www.solimut-mutuelle.fr

2/4

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES N°1 : *A défaut, la clause type prévue dans la Notice d'information s'applique.*

RANGS	IDENTIFICATION NOM/NOM DE NAISSANCE - PRÉNOM - NOM DE LA PERSONNE MORALE OU QUALITÉ (LIEN DE PARENTÉ)	DATE DE NAISSANCE	PAYS ET COMMUNE DE NAISSANCE	ADRESSE	Répartition du capital en % ² ou « par parts égales »

² Le total doit être égal à 100% pour chaque rang retenu.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES N°2 (FACULTATIF) : *Ne pas compléter ce second tableau si vous effectuez une désignation de bénéficiaire pour une seule garantie, ou si vous effectuez une désignation de bénéficiaire identique pour les deux garanties. Si vous avez indiqué souhaiter désigner des bénéficiaires différents pour la GARANTIE TOUTES CAUSES et la GARANTIE ACCIDENTELLE, veuillez renseigner dans le tableau ci-dessus vos bénéficiaires pour la garantie TOUTES CAUSES (N°1) et ci-dessous vos bénéficiaires pour la garantie ACCIDENTELLE (N°2).*

RANGS	IDENTIFICATION NOM/NOM DE NAISSANCE - PRÉNOM - NOM DE LA PERSONNE MORALE OU QUALITÉ (LIEN DE PARENTÉ)	DATE DE NAISSANCE	PAYS ET COMMUNE DE NAISSANCE	ADRESSE	Répartition du capital en % ² ou « par parts égales »

ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE

La présente désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire. Pour être valable, l'acceptation doit être effectuée par un écrit signé de Solimut Mutuelle de France, de vous-même et du bénéficiaire que vous avez désigné. Elle peut également être effectuée par un acte notarié ou un acte sous seing privé, signé de vous-même et du bénéficiaire, et notifié par écrit à Solimut Mutuelle de France par lettre recommandée avec accusé de réception.

Après acceptation, la désignation ne pourra être modifiée qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Les données recueillies sont nécessaires pour l'exécution de votre couverture, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise. Les destinataires des données sont le Souscripteur, les services de la Mutuelle en charge des opérations de l'exécution des contrats, les soustraitants, partenaires, réassureurs et coassureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR la caisse de dépôts et de consignment.

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 la Mutuelle 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 la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

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

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

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

- soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille.

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

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

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

SIGNATURE

Fait à Le :

Signature de l'ouvrant droit / ayant droit (précédé de la mention lu et approuvé) :

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 - 75436 Paris Cedex 09), 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.

www.solimut-mutuelle.fr

4/4

Maj 01/2026



EXEMPLES DE FORMULAIRES DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRES NON RECEVABLES

Vous trouverez ci-dessous des exemples de formulaires de désignation de bénéficiaires qui ne respectent pas les règles énoncées dans le formulaire et qui ne sont donc pas recevables par la CCAS.

EXEMPLE 1

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES N°1 : À défaut, la clause type prévue dans la Notice d'information s'applique.					
RANGS	IDENTIFICATION NOM/NOM DE NAISSANCE - PRÉNOM - NOM DE LA PERSONNE MORALE OU QUALITÉ (LIEN DE PARENTÉ)	DATE DE NAISSANCE	PAYS ET COMMUNE DE NAISSANCE	ADRESSE	RÉPARTITION DU CAPITAL EN % ² OU « PAR PARTS ÉGALES »
1	Madame Y, ma conjointe	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	100%

Motif du refus : Il convient de choisir entre une désignation nominative (nom de la personne) et une désignation par la qualité du bénéficiaire. Dans cet exemple, il y a les deux (statut de conjointe et nom de la personne). Cette désignation n'est donc pas recevable car au moment du versement de la prestation, la personne ayant le statut de conjointe pourrait être une personne différente de celle nommément désignée dans le formulaire. Pour être valable, il convient d'indiquer « Ma conjointe » ou « Madame Y » dans la colonne 2.

EXEMPLE 2

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES N°1 : À défaut, la clause type prévue dans la Notice d'information s'applique.					
RANGS	IDENTIFICATION NOM/NOM DE NAISSANCE - PRÉNOM - NOM DE LA PERSONNE MORALE OU QUALITÉ (LIEN DE PARENTÉ)	DATE DE NAISSANCE	PAYS ET COMMUNE DE NAISSANCE	ADRESSE	RÉPARTITION DU CAPITAL EN % ² OU « PAR PARTS ÉGALES »
1	Monsieur X	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	35%
1	Madame Y	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	35%
1	Monsieur Z	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	35%

Motif du refus : La répartition du capital doit impérativement être égale à 100% au total. Dans cet exemple, la répartition du capital dépasse 100% (105% dans l'exemple) et n'est donc pas recevable. Pour être valable, il convient de revoir la répartition en pourcentage.

EXEMPLE 3

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES N°1 : À défaut, la clause type prévue dans la Notice d'information s'applique.					
RANGS	IDENTIFICATION NOM/NOM DE NAISSANCE - PRÉNOM - NOM DE LA PERSONNE MORALE OU QUALITÉ (LIEN DE PARENTÉ)	DATE DE NAISSANCE	PAYS ET COMMUNE DE NAISSANCE	ADRESSE	RÉPARTITION DU CAPITAL EN % ² OU « PAR PARTS ÉGALES »
1	Monsieur X	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	50%
2	Madame Y	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	50%

Motif du refus : L'utilisation des rangs (colonne 1) vous permet de définir un bénéficiaire principal qui percevra le capital en cas de décès puis un bénéficiaire secondaire auquel le capital sera versé si le bénéficiaire principal (de rang 1) est décédé au moment du versement du capital. Ainsi, la répartition du capital sur un rang doit nécessairement être de 100%, elle ne peut pas être de 50% dans cet exemple. S'il est souhaité verser le capital à 50% à Monsieur X et à 50% à Madame Y il convient de mettre le même rang (inscrire 1 dans la première colonne) pour les deux bénéficiaires.

Questionnaire de santé simplifié

CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

À remplir par la personne à affilier (ouvrant droit et / ou conjoint de l'agent/ dès lors que la demande d'affiliation ou de modification intervient plus de 12 mois après la date d'entrée en fonction de l'agent).

Le présent questionnaire ne concerne pas les agents âgés de plus de 40 ans qui doivent remplir uniquement le questionnaire de santé complet ci-après.

Ce questionnaire est à adresser sous pli cacheté confidentiel au médecin conseil du département assurance de la CCAS - Immeuble René le Guen - 8, rue de Rosny - BP 629 - 93104 Montreuil Cedex.

ADHÉRENT ☐ Madame ☐ Monsieur NIA

Nom et Prénom(s)* : _____

Nom de naissance* : _____ Date de naissance* : | | | | | | | |

Ville de naissance* : _____

Adresse* : _____

Code postal* | | | | | Ville : _____

Date d'entrée dans les IEG : | | | | | | | | CAS de (précisez en toutes lettres) _____

LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

L'attention de la personne à affilier est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat.

Avez-vous subi au cours des 10 dernières années : - des interventions chirurgicales (autres qu'appendicectomie ou ablation des amygdales et des végétations) ? - un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	☐ Non ☐ Oui
Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies (hépatites B ou C, VIH) dont le résultat a été positif ?	☐ Non ☐ Oui
Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% de votre régime social de base pour une affection de longue durée ?	☐ Non ☐ Oui
Avez-vous une maladie ou une affection nécessitant un suivi médical ou un traitement régulier ?	☐ Non ☐ Oui
Êtes-vous actuellement en arrêt total ou partiel de travail ?	☐ Non ☐ Oui
Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?	☐ Non ☐ Oui

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, le présent questionnaire devra être transmis sous pli cacheté avec la demande d'affiliation ou de modification.

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, veuillez compléter le questionnaire de santé complet.

Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire de santé pour examen par le seul médecin de la CCAS ? ☐ Non ☐ Oui

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne et autorise expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé. Nécessaires à la conclusion et à la gestion de mon affiliation, ils sont destinés soit au médecin conseil de la CCAS soit à ses services de gestion en cas de non-confidentialité du présent questionnaire et traités dans le respect de la confidentialité médicale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016 / 649 du 27 avril 2016, je peux exercer mes droits d'accès, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de rectification en m'adressant à : Solimut Mutuelle de France, Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille.

Fait à Le SIGNATURE DE LA PERSONNE À AFFILIER
À faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

NB : n'oubliez pas de joindre ce questionnaire à votre Bulletin Individuel d'Affiliation (BIA).

Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R.) : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09), 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.

Maj 01/2026



Questionnaire de santé Complet

CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

À remplir par la personne à affilier (dès lors que la demande d'affiliation ou de modification intervient au-delà du 40^e anniversaire ou si la personne à affilier a répondu « OUI » à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé simplifié).

Le questionnaire est à adresser sous pli cacheté confidentiel au médecin conseil du département assurance de la CCAS - Immeuble René le Guen - 8, rue de Rosny - BP 629 - 93104 Montreuil Cedex.

ADHÉRENT ☐ Madame ☐ Monsieur NIA

Nom et Prénom(s)* :

Nom de naissance* : Date de naissance* : | | | | | | | |

Ville de naissance* :

Adresse* :

Code postal* | | | | Ville
 Date d'entrée dans les IEG : | | | | | | | | CAS de (précisez en toutes lettres)

LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

L'attention de la personne à affilier est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat.

AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

Avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire, amygdalectomie, appendicectomie) ?	☐ Non ☐ Oui	Lesquelles ? Pourquoi ? Dates :
--	--	--

AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES

Avez-vous consulté pour :	des troubles psychiques (ex : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...) ?	☐ Non	☐ Oui	Dates et précisions :
	la colonne vertébrale (ex : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ?	☐ Non	☐ Oui	Dates et précisions :
	une atteinte articulaire et / ou rhumatismale (ex : épaule, genou, hanche...) ?	☐ Non	☐ Oui	Dates et précisions :
	un souffle cardiaque ?	☐ Non	☐ Oui	Dates et précisions :
	des troubles respiratoires (ex : asthme, bronchites récidivantes...) ?	☐ Non	☐ Oui	Dates et précisions :
Avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique sauf maternité ?	☐ Non	☐ Oui	Dates et précisions :	
Avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex : pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle...) ?	☐ Non	☐ Oui	Lequel et pour quelle affection ?	
Avez-vous eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail de plus d'un mois ?	☐ Non	☐ Oui	Dates et motifs :	

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Avez-vous eu :	plus de 3 prescriptions d'arrêt de travail quelle qu'en soit la durée ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions :
	des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique (ex : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions : Résultats :
Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) ?		☐ Non ☐ Oui	☐ VHB Date : Résultat : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ VHC Date : Résultat : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ VIH Date : Résultat : ☐ Négatif ☐ Positif Pour quelle raison ?
	Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100% des frais médicaux) par votre régime obligatoire (Sécurité sociale, Mutualité sociale agricole...) ?	☐ Non ☐ Oui	Date d'attribution de la 1re exonération ? Est-elle toujours en cours ?

Questionnaire de santé Complet

SUITE

CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

ÉTAT ACTUEL		
VOTRE TAILLE (EN CM) : VOTRE POIDS (EN KG) :		
Êtes-vous en arrêt total ou partiel de travail ?	☐ Non ☐ Oui	Pour quelle raison ? Depuis quelle date ? Date prévue de reprise du travail :
Êtes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie ?	☐ Non ☐ Oui	Laquelle ? Depuis quand ?
Suivez-vous un traitement médical (ex : tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle...) ?	☐ Non ☐ Oui	Lequel ? Pourquoi ?
Avez-vous une infirmité ou un handicap ?	☐ Non ☐ Oui	Précisez : Date :
Avez-vous une invalidité d'un taux supérieur à 15% ouvrant droit à pension ?	☐ Non ☐ Oui	Taux d'invalidité : À quel titre ? ☐ Civil ☐ Sécurité sociale ☐ Militaire ☐ Maladie professionnelle ☐ Accident du travail
Êtes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ?	☐ Non ☐ Oui	Précisez : Origine :
Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?	☐ Non ☐ Oui	Pourquoi ? Dates : Nature des examens : Type d'intervention :
Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire de santé pour examen par le seul médecin de la CCAS ? ☐ Non ☐ Oui		

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne et autorise expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé. Nécessaires à la conclusion et à la gestion de mon affiliation, ils sont destinés soit au médecin conseil de la CCAS soit à ses services de gestion en cas de non-confidentialité du présent questionnaire et traités dans le respect de la confidentialité médicale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016 / 649 du 27 avril 2016, je peux exercer mes droits d'accès, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de rectification en m'adressant à : Solimut Mutuelle de France, Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille.

Fait à Le SIGNATURE DE LA PERSONNE À AFFILIER
À faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

AVIS DU MÉDECIN CONSEIL DE LA CCAS	
.....	Fait le
.....	Signature
.....	
.....	

NB : n'oubliez pas de joindre ce questionnaire à votre Bulletin Individuel d'Affiliation (BIA).

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 - 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Maj 01/2026



Cette **Autorisation** doit être dûment complétée et signée, et être accompagnée du **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** et de la **Copie de la pièce d'identité en cours de validité du titulaire du compte**.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Solimut Mutuelle de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Solimut Mutuelle de France.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter les champs marqués * et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire.

Référence Unique de Mandat (à compléter par le créancier) :

Identifiant Créancier SEPA : FR17ZZZ86AAB

Nom et Prénom de l'adhérent :

NIA* :

TITULAIRE DU COMPTE COURANT A DÉBITER	ORGANISME CREANCIER
Nom et prénom* :	CCAS
Adresse* :	8 rue de Rosny
.....	Immeuble René Leguen
Ville* :	BP 629
Code postal* : Pays* :	93104 - Montreuil Cedex

IBAN* |

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Ce mandat de prélèvement est exclusivement destiné à un compte courant, à l'exclusion de tout autre type de compte.

BIC* | | | | | | | | | | | | | |

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Si le titulaire du compte courant référencé ci-dessus est une autre personne que l'adhérent, joindre la copie d'une pièce d'identité du titulaire du compte courant.

Date de prélèvement : ☒ Le 5 du mois

Type de paiement : Paiement Récurrent

Prélèvement : ☒ Mensuel

Signé* Le*

Signature*

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par la CCAS et Solimut Mutuelle de France, 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.

Pour la réalisation de ce traitement, pourra être fait appel à un sous-traitant, lié par contrat, qui présentera les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la mutuelle.

L'intégralité de la politique de protection des données personnelles mise en place par la Mutuelle peut être consultée à l'adresse suivante :

<https://www.solimut-mutuelle.fr/politique-de-protections-des-donnees-personnelles>

Janvier 2026

Assurance Prévoyance



Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur : 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.

Produit : Contrat de Prévoyance complémentaire IDCP n°93006IDCP01

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance "Contrat IDCP n°93006IDCP01" est une couverture collective à adhésion facultative ayant pour objet la prise en charge des prestations de prévoyance des agents actifs et inactifs des Industries électriques et gazières ayant le statut d'ouvrier droit et de leurs ayants droit tels que définis par le contrat, en complément du régime obligatoire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi, du statut de l'assuré (agent/conjoint ouvrant droit, conjoint, enfant à charge), de sa situation familiale et de son âge. Les montants des prestations figurent dans le tableau de garanties.

LES GARANTIES OBLIGATOIRES

Aucune garantie obligatoire n'est prévue. Possibilité de souscrire une ou plusieurs garanties du contrat selon la situation des assurés, et de prendre des garanties en capital et/ou en rente.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- **Décès toutes causes** : Le versement d'un capital au choix (exprimé en % du salaire, de la pension, de la pension de réversion ou du PASS selon l'assuré).
- **Invalidité toutes causes (agent ouvrant droit en activité uniquement)** : Le versement d'un capital au choix (exprimé en % du salaire).
- **Rente viagère de conjoint** : Le service d'une rente viagère au profit du conjoint, à défaut du partenaire ou à défaut du concubin, survivant en cas de décès de l'assuré (exprimé en % du salaire de l'agent).
- **Rente temporaire d'éducation** : Le service d'une rente temporaire d'éducation au profit de chacun des enfants à charge en cas de décès de l'assuré, quel que soit le nombre d'enfants (exprimé en % du salaire de l'agent).
- **Décès accidentel et/ou Infirmitté permanente partielle ou totale accidentelle** : Le versement d'un capital en cas d'accident de la vie impliquant un décès ou une infirmité (exprimé en % du salaire, de la pension, de la pension de réversion ou du PASS selon l'assuré). Le capital est à répartir entre les risques décès et Infirmitté.

✓ **Capital d'entrée en dépendance : En relais des garanties Décès et Invalidité Toutes Causes, Décès et/ ou Infirmitté Permanente Accidentelles**, versement d'un capital en cas de reconnaissance de situation de dépendance de GIR 1 à 4 selon la grille nationale AGGIR

✓ **Capital enfant en situation d'handicap** : versement d'un capital pour toute survenance d'un handicap supérieur à ou égal à 50% du taux d'invalidité et reconnu postérieurement au 1^{er} janvier 2026.

LES SERVICES ET GARANTIES ANNEXES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ **Assistance Famille en cas d'accident** (gratuit pour chaque assuré et ses ayants-droits). Assistance réalisée par IMA, société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

✓ **Garantie individuelle - Hospitalisation par suite d'accident** Versement d'une indemnité forfaitaire en cas d'hospitalisation de l'assuré par suite d'accident (gratuite pour l'ouvrier droit assuré, peut être souscrit par les ayants-droit).

Les services et garanties précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

✗ Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Pour les garanties toutes causes (décès, rentes et hors invalidité) : Les événements résultants des faits suivants :

! Du suicide, au cours des 12 mois continus qui suivent la souscription ou l'augmentation de la garantie.

! Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat français.

! Le décès résultant de l'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.

Pour les garanties accidentelles :

Les événements résultants des faits suivants :

! L'accident survenant au cours d'une course de véhicules à moteur.

! L'accident résultant de la pratique même à titre d'amateur, d'un sport aérien (delta plane, vol à voile, parachutisme, pilotage d'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 et d'attentats).

! L'accident causé ou provoqué intentionnellement par l'assuré (sauf les cas de légitime défense).

! L'accident déterminé par votre état d'aliénation mentale notoire.

! Le décès accidentel d'un enfant de moins de 12 ans.

! L'accident résultant de votre état d'imprégnation alcoolique défini par l'existence d'un taux d'alcoolémie 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.

! Les conséquences des opérations qui ne sont pas consécutives 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.

Pour l'hospitalisation par suite d'accident :

! L'hospitalisation en cours à la date de souscription de la garantie

! L'hospitalisation consécutive à une maladie, même d'origine accidentelle

Pour le capital Entrée en dépendance :

! La situation de dépendance reconnue en GIR 5 et 6.

! L'état de dépendance reconnu antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente garantie à savoir l'âge limite des garanties Décès et Invalidité Toutes Causes, Décès et/ ou Infirmitté Permanente Accidentelles prévu par le contrat.

Pour le capital Enfant en situation d'handicap :

! Handicap médicalement constaté (reconnu, diagnostiqué et/ou traité) avant la souscription de la garantie et les suites et conséquences de ce handicap,

! Handicap médicalement constaté (reconnu, diagnostiqué et/ou traité) avant l'expiration du délai de carence de 12 mois et les suites et conséquences de ce handicap. Cette disposition n'est pas applicable si le handicap résulte d'un accident.

! Accident ou maladie résultant du fait volontaire des père ou mère de l'enfant ou du fait volontaire de l'enfant majeur,



PRINCIPALES EXCLUSIONS (suite)

- ! Accident ou maladie résultant soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,
- ! Accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français,
- ! Accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si la mère, le père ou l'enfant n'y prend pas une part active,
- ! Accident résultant d'un état d'imprégnation alcoolique de l'enfant ou de ses père ou mère défini par l'existence d'un taux d'alcoolémie 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.
- ! Accident résultant de la conduite par l'enfant ou ses père ou mère, d'un véhicule sans permis en état de validité ou sans l'âge requis,
- ! Travaux souterrains ou sous l'eau, manipulation d'explosifs, effet de radiations atomiques.
- ! En outre, le handicap, d'origine non accidentelle intervenant au cours du délai de carence de 12 mois est exclu, pour les adhérents concernés par la carence.



PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! L'adhésion est soumise à questionnaire médical sous conditions.
- ! Garantie Invalidité Toutes causes ouverte à l'adhésion uniquement pour l'agent ouvrant droit en activité.
- ! L'adhésion et le versement des prestations sont soumis à des limites d'âge qui diffèrent selon la garantie souscrite.

Pour le capital Enfant en situation d'handicap :

- ! A compter du 1er janvier 2026, tout nouvel enfant ayant-droit bénéficiera de la nouvelle garantie après une carence de 12 mois ;
- ! Les bénéficiaires du contrat ayant souscrit avant cette date bénéficieront de la garantie sans délai de carence pour toute survenance de handicap postérieure au 1^{er} janvier 2026.
- ! L'enfant doit être né ou devenu handicapé avant son 21ème anniversaire, ou son 26ème anniversaire s'il est étudiant ou apprenti et à charge fiscale de l'ouvrant droit ou de son conjoint"

! **Pour l'invalidité toutes causes** : en cas d'invalidité statutaire (ou conventionnelle), le capital n'est versé qu'à l'issue d'une période minimale d'arrêt total et continu de travail de 1 an pendant laquelle l'assuré a bénéficié du maintien de ses ressources.

! **Pour l'hospitalisation par suite d'accident** : l'allocation journalière est versée dans la limite de 30 jours d'hospitalisation par accident.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription et, le cas échéant, le questionnaire médical fourni par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

EN COURS DE CONTRAT :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Se soumettre aux examens médicaux des médecins désignés.
- Faire parvenir les demandes de prestations dans les délais maximum prévus pour chaque garantie.
- Informer des changements de situation personnelle.
- Régler la cotisation (ou la fraction de cotisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont prélevées mensuellement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et à quel moment prend-elle fin ?

- Les garanties prennent effet dès la validation de l'adhésion.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.
- L'affiliation au contrat cesse pour chaque assuré (ouvrant droit assuré et l'ensemble des assurés relevant de son adhésion au contrat) :
 - À la date de résiliation du contrat.
 - Si les cotisations concernant l'assuré ne sont pas réglées.
 - Le dernier jour de la période au titre de laquelle la cotisation a été réglée lorsque l'assuré demande la résiliation ou cessation de son adhésion ou affiliation au contrat.
 - Lorsque l'adhérent ou le bénéficiaire ne remplit plus les conditions prévues par le contrat.
 - En cas de décès de l'ouvrant droit, selon les garanties applicables.
 - À la date de résiliation du contrat collectif souscrit par la CCAS.
- Le bénéfice des dispositions du contrat cesse en tout état de cause pour chaque assuré au terme fixé pour chacune des garanties.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité : Les cotisations prélevées qui sont dues restent 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 1er et le 15 du mois ; le 2e 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.





GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

NOTICE D'INFORMATION

Assistance Accidents Corporels

Parce que certaines situations peuvent fortement perturber votre quotidien et nécessitent un accompagnement de proximité, **SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE** vous propose un service d'assistance adapté à vos besoins disponible 24h/24 et 7j/7.

05 49 76 97 69

La convention d'assistance présentée ci-après propose des garanties d'assistance à domicile aux ouvriers-droits de la CCAS de l'Industrie Electrique et Gazière adhérents au contrat collectif à adhésion facultative «IDCP» souscrit auprès de 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 – 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 MARSEILLE.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Garanties d'assistance à domicile p 04

1 Conditions d'application des garanties assistance à domicile. p 04

2 Informations et conseils p 05

3 Garanties en cas d'hospitalisation imprévue
ou d'immobilisation imprévue p 05

4 Garanties famille en cas d'hospitalisation imprévue
ou d'immobilisation imprévue p 07

5 Garanties en cas de décès. p 08

6 Garanties en cas de déplacement. p 09

Conditions d'exclusions à l'application des garanties d'assistance. p 13

Vie du contrat p 15

Définitions. p 17

GARANTIES D'ASSISTANCE à domicile

1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE À DOMICILE

1.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas d'accident corporel entraînant :

- une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- un décès,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2. INTERVENTION

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1. Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2 à 3.9, 4, 5.5 à 5.8, doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent l'évènement. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue aux articles 3.1 et 5.4, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'évènement. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 10^e jour, la garantie est alors plafonnée à 50 jours.

1.2.2. Application des garanties

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

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre**

initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

IMA veille à la bonne application des garanties mais ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales et/ou internationales.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

Les garanties Décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.

Les garanties Déplacement s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

1.3. TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) hors Mayotte.

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

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

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger

Les garanties déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours :

- en France à plus de 50 km du domicile, à l'exception de la garantie Frais Médicaux et d'hospitalisation acquise uniquement à l'étranger,

- à l'étranger sans franchise kilométrique.

1.4. PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

2 - INFORMATIONS ET CONSEILS

2.1. CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

3 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

3.1. AIDE À DOMICILE

En cas d'accident entraînant :

- *une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,*
- *OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.*

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 40 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 60 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident entraînant :

- *une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,*
- *OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.*

IMA organise et prend en charge en France un déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

3.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'accident entraînant :

- *une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,*
- *OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.*

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 jours :

• Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

• Portage de repas

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

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

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

• Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
 - OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.
- La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

• Livraison de courses

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

• Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par événement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

3.4. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement, l'une des garanties suivantes :

- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- ou la garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent,
- ou la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 € par jour, jusqu'à 300 € TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

3.5. FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

En cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

3.6. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- la mise en température du chauffage du logement,
- le ménage,
- les courses. Le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

3.7. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

En cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge un transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

3.8. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

En cas d'accident ou entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, sur une période de 20 jours, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

3.9. TRANSPORT SUR LE LIEU DE TRAVAIL (HORS ARRÊT DE TRAVAIL)

En cas d'accident entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge 10 trajets non médicalisés en taxi (domicile-travail ou travail-domicile) dans un rayon de 30 km.

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

4 - GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

4.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

En cas d'accident entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche**

Un déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

- **Le transfert des enfants**

Un déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.2. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- le déplacement aller-retour d'un proche (train 1^{re} classe ou avion classe économique),
- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.3. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas d'accident entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par semaine répartis sur une période de 3 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.4. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas d'accident entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 3 semaines.

4.5. SOUTIEN SCOLAIRE À DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

4.6. SOUTIEN SCOLAIRE CHEZ UN PROCHE

En cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche éloigné géographiquement de l'école empêchant la poursuite des cours, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour par foyer.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation sur une période maximale de 3 semaines.

4.7. AIDE AUX DEVOIRS

En cas d'accident entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, à raison de 2 heures par enfant et par semaine.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 3 semaines.

4.8. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche**

Un déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

- **Le transfert des ascendants chez un proche**

Un déplacement aller-retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

- **La garde des ascendants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

5 - GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas d'accident entraînant le décès de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant :

- à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours pour les garanties décrites aux articles 4.1 à 4.3,
- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

5.1. RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine, si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, ou dans la collectivité de résidence, si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

5.2. DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA organise et prend en charge son déplacement aller-retour par train 1^{re} classe ou par avion classe économique, ainsi que son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

5.3. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

IMA organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile.

5.4. AIDE À DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 40 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 60 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-ends et jours fériés.

5.5. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche**

Un déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

- **Le transfert des enfants**

Un déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

5.6. CONDUITE À L'ÉCOLE

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 20 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions.

5.7. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes.

- **Le déplacement d'un proche**

Un déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

- **Le transfert des ascendants chez un proche**

Un voyage aller-retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

- **La garde des ascendants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

5.8. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement, l'une des garanties suivantes :

- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- ou la garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent,
- ou la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 € par jour, jusqu'à 300 € TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

6 - GARANTIES EN CAS DE DÉPLACEMENT

6.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours, dans les limites géographiques prévues à l'article Territorialité (en France à plus de 50 km du domicile, à l'exception de la garantie Frais médicaux, acquise uniquement à l'étranger, et à l'étranger).

6.2. INTERVENTION

6.2.1. Application de garanties

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle.

IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

6.3. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS D'ACCIDENT

6.3.1. Rapatriement médical

Lorsque le service médical d'IMA, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA organise et prend en charge le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis le service médical d'IMA, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, IMA organise et prend en charge systématiquement le voyage aller-retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

6.3.2. Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, IMA organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

6.3.3. Prolongation de séjour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire blessé et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par le service médical d'IMA, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

6.3.4. Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire, blessé, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

6.4. FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

Le bénéfice de la présente garantie est subordonné à la qualité du bénéficiaire d'assuré auprès d'un régime d'assurance maladie obligatoire ou/et d'un organisme (entreprise, mutuelle, institution de prévoyance...) privé d'assurance maladie à titre principal ou en complément des garanties de l'organisme obligatoire.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec le service médical d'IMA et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

À défaut la garantie n'est pas due par IMA.

a) Frais médicaux non liés à une hospitalisation

En cas de maladie ou d'accident du bénéficiaire, IMA prend en charge les frais médicaux liés à une consultation ou des soins ambulatoires, des frais dentaires d'urgence, l'achat de médicaments, selon les modalités et dans la limite du plafond de la garantie stipulés alinéa c) de ce paragraphe.

Une franchise de 30 € (ou l'équivalent dans la monnaie du pays de survenance) est appliquée par évènement en l'absence de tiers payant.

b) Frais médicaux liés à une hospitalisation

En cas de maladie ou d'accident entraînant une hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 24 heures, IMA prend en charge le montant des frais d'hospitalisation selon les modalités et dans la limite du plafond de la garantie stipulés alinéa c) de ce paragraphe.

c) Application de la garantie, montants et modalités de prise en charge

Cette garantie est valable uniquement en dehors du pays de domiciliation du bénéficiaire.

Le montant de la prise en charge d'IMA est plafonné à un montant total de frais facturé au bénéficiaire par un ou plusieurs établissements hospitaliers, ou professionnels de santé :

- 3 800 € par bénéficiaire et par évènement,
- 80 € par bénéficiaire et par évènement pour les soins dentaires.

Ce plafond intègre la part de frais prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire et/ou celle prise en charge par tout organisme privé d'assurance maladie intervenant à titre principal ou complémentaire.

La prise en charge d'IMA intervient donc en complément de celles du régime obligatoire ou/et de tout organisme privé d'assurance maladie jusqu'au plafond global de 3 800 €.

La garantie peut être mise en œuvre selon deux modalités :

• Avance des frais médicaux par IMA

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, IMA peut effectuer le règlement des frais médicaux liés à cette hospitalisation directement auprès de l'établissement hospitalier dans la limite du plafond de la garantie. Le bénéficiaire s'engage sans opposition

à donner subrogation à IMA qui recouvrera en son nom les montants dus par l'organisme d'assurance maladie obligatoire et/ou l'organisme d'assurance maladie au titre de cette hospitalisation.

IMA prendra en charge, en complément de ces organismes, la part non prise en charge par ces derniers dans la limite du plafond de la garantie.

En tout état de cause, le bénéficiaire devra supporter l'éventuel reste à charge.

- **Paiement des frais médicaux par le bénéficiaire**

En cas de frais médicaux non liés à une hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a effectué directement le règlement des frais médicaux auprès de l'établissement hospitalier, il s'engage à opérer, dès son retour dans son pays de domiciliation, toute démarche nécessaire à leur recouvrement auprès de l'organisme d'assurance maladie obligatoire et/ou auprès de l'organisme privé d'assurance maladie concernés et à transmettre à IMA les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes ainsi que les photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

Sur la base des documents présentés, IMA procédera, en complément de ces organismes, au remboursement du bénéficiaire de la part non prise en charge par ces derniers, dans la limite du plafond de la garantie. À défaut, IMA ne peut pas procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où aucun de ces organismes ne prendrait en charge les frais médicaux engagés, IMA rembourse le bénéficiaire des dépenses engagées dans la limite du plafond de la garantie et sous réserve que le bénéficiaire transmette à IMA préalablement les factures originales des frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes.

En tout état de cause, le bénéficiaire devra supporter l'éventuel reste à charge.

6.5. FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive,

IMA prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 €.

À l'étranger, IMA prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 €.

CONDITIONS D'APPLICATION des garanties d'assistance

**IMA intervient 24h/24 et 7j/7 à la suite d'appels émanant
des bénéficiaires au numéro suivant :**

05 49 76 97 69

1 - EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

IMA ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

FAUSSE DÉCLARATION

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

FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

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

EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA :

Certains frais et dépenses sauf s'ils sont expressément prévus dans la présente convention d'assistance :

- les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur), de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar, en cas d'hébergement pris en charge par IMA au titre des garanties,
- les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable de IMA, sauf cas de force majeure,
- les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement ou prise en charge et toute dépense pour laquelle le bénéficiaire ne peut produire de justificatif,

- les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un rapatriement ou d'un transport de personne,

À quelque titre que ce soit, les conséquences des événements suivants :

- les grèves, la manipulation d'armes, la participation volontaire à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense,
- les attentats, guerres civiles ou étrangères, révolutions, émeutes,
- les actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et la tentative de suicide,
- la consommation d'alcool lorsqu'elle est à l'origine de la cause de l'événement, de drogue, et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la Santé Publique ou de tout produit assimilé non prescrit médicalement sauf lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre de garanties spécifiquement et expressément prévues,
- tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,
- les événements dont la responsabilité pourrait incomber soit à l'organisateur du voyage en application des dispositions du Code du Tourisme fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de sursurveillance,
- les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé pour un traitement quel qu'en soit sa nature ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
- les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par IMA,
- l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences,
- les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition, ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires,
- l'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive.

Sont également exclues, les conséquences des situations suivantes :

- les infractions volontaires à la législation locale en vigueur ou une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- les blessures et maladies préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation ou de soins ambulatoires dans les 6 mois précédant le début du voyage,
- une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle le bénéficiaire est en séjour de convalescence, ainsi que les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- les accidents ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place,
- les situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine, de mesures préventives ou de surveillances spécifiques des autorités sanitaires internationales, locales et/ou nationales du pays dans lequel le bénéficiaire séjourne ou du pays d'origine,
- l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,
- les accidents survenus lors de la pratique d'une activité aérienne (y compris delta-plane, parapente, planeur) ou de l'un des sports suivants : skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec ou sans appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme, kitesurf.

La responsabilité de IMA ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin, qui auront été préconisés par IMA.

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les hospitalisations et immobilisations consécutives à des maladies,
- les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences,
- les séjours en centre de convalescence,
- les hospitalisations programmées.

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les dommages causés par la maladie.

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien.

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA :

Certains frais et dépenses :

- les frais liés aux affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,
- les frais de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA au titre des garanties,
- les frais d'achat ou de location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,
- les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation,
- les frais résultant de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple),
- les frais d'appareillages médicaux et prothèses (dentaires notamment),
- les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés en France.
- les frais médicaux qui interviennent dans le pays du domicile du bénéficiaire,
- les frais de transports primaires, c'est-à-dire les transports sanitaires d'urgence relevant d'une organisation décidée par la puissance publique locale,

- **les frais liés au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,**
- **les frais de cure thermique, d'héliothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de « confort » ou de traitement à visée esthétique,**

Les événements suivants :

- **les dommages causés par la maladie,**
- **les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par IMA,**
- **les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue.**

La responsabilité d'IMA ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin, qui auront été préconisés par IMA. Par ailleurs, IMA intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « IDCP » souscrit par le CCAS auprès de SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE.

RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de :

- cessation de l'adhésion de l'ouvrant-droit,
- résiliation du contrat collectif souscrit par la CCAS auprès de SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE pour tout événement survenu ultérieurement,
- et résiliation du contrat d'assurance souscrit par SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE auprès d'IMA.

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

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance,
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA du droit à garantie des bénéficiaires,
- la demande en justice, même en référé,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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 – 75436 PARIS Cedex 09), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est sis Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 MARSEILLE, Responsable de Traitement des données personnelles pour l'adhésion aux garanties, collecte les catégories de données suivantes :

IMA, société anonyme au capital de 157 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, Responsable de Traitement des données personnelles pour la gestion et l'exécution du contrat d'assistance d'autre part, collecte les catégories de données suivantes :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés,
- des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat,
- et pour le programme IMA S@nté, des données relatives aux habitudes de vie, à la condition physique et la santé aux fins de mise en œuvre du programme d'accompagnement personnalisé pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par IMA pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la gestion des contrats,
- l'exécution des contrats,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction),
- les opérations de prospection téléphonique et par courrier,
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Sous réserve du consentement de l'adhérent formalisé sur son bulletin d'adhésion, ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection électronique afin de lui proposer des produits équivalents ou complémentaires à la garantie d'assistance.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de SOLIMUT MUTUELLE DE France et d'IMA chargés de la gestion du portefeuille. Toutefois, IMA s'engage à reporter les exigences de la présente convention, dans la convention qui le lie à ces intermédiaires et prestataires. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance à domicile sont transmises aux prestataires de SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA et à INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques. Celles nécessaires à la mise en œuvre du programme IMA S@nté sont susceptibles d'être transmises à ses partenaires intervenant dans la mise en œuvre des services auxquels le bénéficiaire a droit. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail. Les données ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Les données du programme IMA S@nté sont conservées chez un hébergeur de données de santé pour toute la durée du contrat ; elles sont ensuite archivées pendant la durée de la prescription. Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles de santé auprès du Délégué à la Protection des Données de SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE : (DPO.SMF@solimut.fr) pour l'assistance et d'IMA : dpo@ima.eu pour le programme IMA Santé. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès : de SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE pour l'assistance à domicile : (Délégué à la Protection des Données Personnelles - SOLIMUT - Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 MARSEILLE) d'IMA pour le programme IMA S@nté, aux coordonnées suivantes : Délégué à la Protection des Données Personnelles - Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 NIORT - dpo@ima.eu.

Dans ce cadre, le bénéficiaire peut demander à IMA à tout moment la suppression de son espace personnel IMA S@nté et des données qui s'y trouvent. Une telle suppression est définitive, IMA ne conservant pas les informations et documents stockés dans cet espace dédié.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09. Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables suivant son envoi, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

Si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

DÉFINITIONS

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

ACCIDENT CORPOREL

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

ADHÉRENT

Ouvrant-droit de la CCAS adhérent au contrat «IDCP» souscrit auprès de SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, Nouveaux Animaux de Compagnie (lapins, perroquets, perruches, mandarins, canaris, furets, tortues, souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'Inde, gerbilles et écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

DOMICILE

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

FRANCE

France métropolitaine (par assimilation les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) hors Mayotte.

HOSPITALISATION

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

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

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



IMA intervient 24h/24 et 7j/7 à la suite d'appels émanant
des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 76 97 69

