

**ORGANISME DIFFUSEUR
MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS**

Maison de la Mutualité
1, Rue François Moisson – 13002 MARSEILLE
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité n°SIREN 792 825 368
www.mutuelle-msp.fr
email : contact.msp@mutuelle-msp.fr

**ORGANISME ASSUREUR
SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE**

CS 31 401
13785 AUBAGNE
mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la
mutualité n°SIREN 383 143 617
Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de
Groupe, régie par le code de la mutualité. SIREN 539 793 885.

**NOTICE D'INFORMATION valable à compter du 1^{er} janvier 2011
CONTRAT GARANTIE COLLECTIVE N°13014INJ07
Indemnités journalières en inclusion**

Vous êtes couvert au titre d'une garantie Santé de la Mutuelle des Services Publics, vous êtes employé dans une Collectivité Territoriale ou une Administration Publique, vous avez le statut d'agent de la Fonction Publique Territoriale et êtes en activité effective à la signature du contrat et présent à votre poste de travail. Vous bénéficiez de la **garantie « Indemnités journalières »** dont les caractéristiques sont décrites ci-après. Votre conjoint peut être également bénéficiaire de la garantie s'il est lui-même couvert au titre d'une garantie Santé de la Mutuelle des Services Publics et s'il est employé dans une Collectivité Territoriale ou une Administration Publique et qu'il a le statut d'agent de la Fonction Publique Territoriale. Ce contrat a été souscrit par la Mutuelle des Services Publics conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité. La cotisation afférente aux garanties souscrites est acquittée par la Mutuelle des Services Publics. Elle est de 40 € par et par agent couvert.

PRESTATIONS GARANTIES : INDEMNITES JOURNALIERES :

L'organisme assureur garantit à l'adhérent en cas d'arrêt de travail :

_ Point de Départ de la Garantie : Maladie Ordinaire : à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et sous réserve du passage en demi-traitement.

_ Limite au service des Prestations : Maladie ordinaire : au 365^{ème} jour d'arrêt de travail, ou dès la mise en retraite, et au plus tard au 65^{ème} anniversaire. La durée d'indemnisation ne pourra excéder 275 jours.

_ Montant des Prestations : 20 % du traitement indiciaire brut.

En cas d'épuisement du crédit, pour qu'un adhérent puisse bénéficier d'une nouvelle indemnisation, il faut qu'il ait repris son activité, depuis 1 an entre le dernier jour du 1^{er} arrêt de travail et le 1^{er} jour du 2^{ème} arrêt de travail (idem pour les arrêts suivants).

CONSEQUENCES D'UNE RESILIATION

Les présentes garanties sont indissociables de l'offre SANTE proposée par la Mutuelle des Services Publics. Aussi, en cas de résiliation par l'adhérent ou par la Mutuelle des Services Publics de la garantie SANTE, les présentes garanties seront elles-mêmes résiliées. En cas de résiliation de la convention de diffusion de garanties en inclusion à une garantie SANTE passée entre Solimut Mutuelle de France « organisme assureur » et la Mutuelle des Services Publics « organisme diffuseur » et ce quel qu'en soit le motif, la mise en œuvre des garanties cessera en tout état de cause au terme du contrat en inclusion.

En cas de résiliation du présent contrat soit par Solimut Mutuelle de France, « organisme assureur » ou par la Mutuelle des Services Publics organisme diffuseur », et ce quel qu'en soit le motif, la mise en œuvre des garanties cessera au terme du contrat en inclusion.

CONTROLE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Afin que soit apprécié l'état d'incapacité, l'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par lui qui pourra diligenter les enquêtes qu'il jugera utiles. Les prestations seraient alors maintenues, réduites ou supprimées, en fonction du résultat de l'expertise, et ce, quelle que soit la décision du Comité Médical ou de la Sécurité sociale, l'adhérent gardant toute possibilité de contestation.

En cas de contestation sur l'état d'incapacité, le Médecin traitant ou un Médecin désigné par l'adhérent et le Médecin Conseil de Solimut Mutuelle de France choisissent ensemble un troisième Médecin pour la contre-expertise. L'adhérent règle le montant des honoraires de celle-ci.

Si son avis devait donner raison à l'adhérent, Solimut Mutuelle de France supporterait seule les honoraires et rembourserait l'adhérent du montant des honoraires des deux derniers examens.

Le service des prestations peut également être suspendu si l'intéressé se refuse à subir le contrôle médical ou fournir toutes pièces justificatives demandées par Solimut Mutuelle de France.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations relevant de l'application du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

_ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru du fait de l'adhérent ou du souscripteur que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance.

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

DECHEANCE

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle du souscripteur, l'organisme assureur décide la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle celui-ci est invité à fournir des explications. Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au souscripteur, l'organisme assureur peut décider, compte tenu de la gravité de la faute, la suspension définitive du service des prestations pendant une période déterminée ou l'annulation pure et simple, partielle ou totale, des droits aux prestations sans préjudice des poursuites à engager contre le souscripteur reconnu coupable pour la récupération des sommes indûment payées. En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par l'intéressé demeurent acquises à l'organisme assureur.

CLAUSE D'ERREUR

L'organisme assureur peut, à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'entreprise adhérente à l'appui du versement des cotisations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

En cas d'omission, d'erreur ou d'inexactitude du fait du souscripteur dans l'application du contrat ayant entraîné un préjudice pour l'organisme assureur, ledit contrat pourra faire l'objet d'une résiliation immédiate. L'organisme assureur cessera le paiement des prestations à la date de résiliation qui sera signifiée par lettre recommandée. La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations encaissées.

Par ailleurs, s'il est démontré qu'une prestation a été attribuée à tort sur la production de documents erronés ne mettant pas en cause la bonne foi du souscripteur, le service des prestations est supprimé à l'expiration d'un délai de 3 mois suivant la date à laquelle la suspension est notifiée par lettre recommandée.

SUBROGATION

L'organisme assureur est subrogé de plein droit aux membres du groupe signataire victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'adhérent ou de ses ayants droit qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires. Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont versées par l'organisme assureur au souscripteur qui se charge de les reverser au bénéficiaire.

RISQUES NON GARANTIS

Le contrat garantit les adhérents dans tous les cas, et sous les réserves suivantes : en cas de guerre, les garanties prévues au présent contrat n'auront d'effet que dans les conditions déterminées par la législation telle qu'elle interviendra dans ce cas pour les assurances-vie.

CESSATION DES PRESTATIONS

La Mutuelle cesse le paiement des prestations du jour où :

- _ La Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières des agents territoriaux,
- _ L'adhérent atteint son 65ème anniversaire,
- _ L'adhérent entre en jouissance d'une pension vieillesse, et au plus tard au 65ème anniversaire,
- _ Lors de la reprise de son activité,
- _ Lors de l'épuisement des droits statutaires.

RISQUES EN COURS - CONDITIONS D'ADMISSION

Adhérents de la Mutuelle déjà en ½ salaire lors de la date d'effet du contrat : Pas de prise en charge au titre de l'arrêt en cours

Adhérents de la Mutuelle passant en ½ salaire après la date d'effet du contrat : Prise en charge

Nouvelle adhésion :

- _ Ne pas être en arrêt de travail lors de la signature du contrat,
- _ Pas de questionnaire médical,
- _ Pas de stage,
- _ Pas de limite d'âge.

DELAI DE FORCLUSION

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées, sous peine de forclusion, dans un délai de 6 mois à compter du passage en ½ traitement.

ETENDUE DES GARANTIES

Le contrat a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les salariés momentanément dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté et qui perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la collectivité territoriale qui les emploie.

Le Traitement de Base Indiciaire Brut mensuel du mois dans lequel se situe le passage en ½ salaire de l'adhérent sert de base aux prestations, que l'adhérent soit titulaire, stagiaire ou non titulaire et qu'il exerce ses fonctions à temps complet, à temps partiel, la base est calculée au prorata de la quotité de travail effectué.

Limite aux prestations : le montant de l'indemnité journalière est défini aux conditions particulières, en aucun cas il ne peut être supérieur à la rémunération qu'aurait touchée l'adhérent s'il avait continué de travailler.

Rechute médicalement constatée : le délai de carence prévu aux conditions particulières n'est pas appliqué en cas de rechute médicalement constatée, sous réserve que celle-ci intervienne au plus tard dans un délai de 12 mois après la reprise d'activité.

Droits rétablis : en cas de congés de Longue Maladie ou de Longue Durée, l'agent s'engage à rembourser à Solimut Mutuelle de France, les prestations qui lui ont été versées à tort, pour les périodes où son salaire est maintenu.

Dans l'attente de la décision du Comité Médical Départemental, qui doit être saisi à compter du 6ème mois d'arrêt de travail continu, Solimut Mutuelle de France, afin de ne pas pénaliser l'adhérent, procédera de la manière suivante :

- _ A compter du 1er jour du 7ème mois, et ce jusqu'au 9ème mois d'arrêt de travail continu, Solimut Mutuelle de France versera 50 % de la prestation initialement prévue.
- _ A compter du 1er jour du 10ème mois, dans la mesure où l'avis du comité médical ne nous est pas parvenu, Solimut Mutuelle de France suspendra le paiement de la prestation.

Déclaration des arrêts de travail, pièces à fournir

Chaque arrêt de travail ouvrant droit à prestation doit être fourni à Solimut Mutuelle de France dans les 90 jours de son établissement (ainsi que les prolongations). Le non-respect de ce délai entraînant un report d'indemnisation au lendemain du jour de réception de l'arrêt (le cachet de la poste faisant foi).

Agents Territoriaux :

- _ L'arrêt de travail (à fournir dans les 90 jours)
- _ Les bulletins de salaires des mois sur lesquels figurent les périodes à ½ traitement,
- _ L'arrêté municipal notifiant le passage en ½ traitement,
- _ La demande de mise en incapacité (fournie par Solimut Mutuelle de France),
- _ La décision du Comité Médical Départemental (intervenant le 7ème mois),
- _ L'attestation de reprise de travail ou de positionnement en maladie,
- _ Toutes pièces nécessaires au traitement du dossier (rapport de police en cas d'accident, certificats médicaux complémentaires...).

Agents assujettis au régime de Sécurité sociale :

- _ L'arrêt de travail (à fournir dans les 90 jours),
- _ Les décomptes de Sécurité sociale,
- _ La décision du Comité Médical Départemental (intervenant le 7ème mois),
- _ L'attestation de reprise de travail ou de positionnement en maladie,
- _ Toutes pièces nécessaires au traitement du dossier.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les renseignements concernant l'agent figurent pour certains d'entre eux sur des fichiers à l'usage de l'organisme assureur. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les personnes dont les données personnelles ont été collectées bénéficient d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression de ces données nominatives. Ce droit peut être exercé par courrier à l'adresse suivante :

Solimut Mutuelle de France Rectification CNIL 146 A avenue de Toulon 13010 Marseille par email : webmaster@solimut.fr

Solimut Mutuelle de France s'engage par ailleurs à prendre toutes précautions afin de préserver la sécurité des données personnelles et notamment empêcher qu'elles ne soient déformées ou endommagées.

RENSEIGNEMENTS

09 69 32 21 39

(appel non surtaxé)