

# MUT'IJ TNS

## Règlement Mutualiste

### I – PRÉAMBULE

#### ARTICLE 1 - CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle Générale de Prévoyance et son règlement mutualiste.  
Lorsqu'elles portent sur un même objet, les conditions particulières se substituent de plein droit aux conditions générales.

### II – CONTRAT

#### ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir le paiement :

- d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail,
- d'une rente en cas d'invalidité permanente, si l'option a été souscrite.
- d'un capital en cas de décès par maladie ou accident au(x) bénéficiaire(s) ou le versement d'un capital par anticipation en cas d'invalidité totale et permanente 3<sup>ème</sup> catégorie à l'adhérent ;
- et/ou d'une rente éducation versée au(x) enfant(s) désigné(s) dans le bulletin d'adhésion en cas de décès de l'adhérent.

**Concernant le décès, l'adhérent peut choisir les garanties suivantes (\*) :**

RE seule(s)	KDC ou ITP seule	KDC ou ITP + RE
	Option : Doublement du KDC en cas d'accident	

(\*) RE : Rente Education  
KDC : Capital en cas de décès par maladie ou accident  
ITP : Capital en cas d'invalidité totale et permanente 3<sup>ème</sup> catégorie

#### ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Pour être admissible il faut :

- être âgé de moins de 64 ans à la date de la demande d'adhésion, et de moins de 45 ans pour les prestations supérieures à 100 € journaliers,
- exercer de manière normale et effective une profession libérale ou une activité professionnelle de commerçant ou d'artisan au sens de la législation sociale.

Le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

#### ARTICLE 4 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle Générale de Prévoyance. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les adhérents. L'adhérent doit remplir un questionnaire médical. Le médecin conseil peut être amené à demander des informations ou des examens de santé complémentaires.

La première cotisation doit être réglée.

L'adhérent doit également se soumettre aux formalités d'adhésion exposées ci-dessous, compte tenu du montant du capital sous risque :

Capital sous risque*	Formalités
Jusqu'à 100.000 €	Déclaration de bon état de santé (DBE)
Entre 100.001 € et 250.000 €	Questionnaire santé
Entre 250.001 € et 350.000 €	Rapport médical

\* Capital sous risque = capital décès toutes causes + (base de garantie rente éducation x nombre d'enfants x 14)

Le capital sous risque ne peut dépasser 350.000€.

L'adhérent ne peut conclure qu'un seul contrat Mut'IJ TNS, il ne peut en aucun cas cumuler plusieurs adhésions sur cette garantie.

Dans l'hypothèse où plusieurs contrats auraient tout de même été souscrits par une seule personne pour la présente garantie, les prestations ne seront versées qu'au titre d'un seul contrat.

#### ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

##### Du contrat

Le contrat prend effet au premier jour du mois suivant l'acceptation par le Médecin Conseil, du questionnaire

médical, ou, après le retour de l'adhérent quant aux exclusions éventuelles, et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

En cas d'exclusions médicales de la part de la Mutuelle, le contrat prend effet après le retour de l'adhérent quant aux exclusions, le premier jour du mois suivant.

En cas de refus d'acceptation de l'adhésion par le Médecin Conseil de la Mutuelle, la Mutuelle considère le contrat nul et n'ayant jamais eu d'effet.

Le contrat vient à expiration tous les 31 décembre. Il est renouvelable le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée d'une année sauf demande de révision ou de dénonciation de l'adhérent ou de la Mutuelle.

##### De la garantie

A l'acceptation du contrat, la garantie prendra effet dès la fin du délai d'attente.

#### ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

Tout changement doit être signalé à la Mutuelle : état civil, domicile, changement de profession, toute cessation d'activité temporaire ou définitive, baisse ou hausse importante de revenus. Sur justificatif, le contrat sera suspendu pour toute cessation temporaire de travail

L'adhérent peut demander une modification du montant des prestations garanties parmi celles définies aux conditions particulières.

Si l'adhérent opte pour une indemnité journalière inférieure, la modification prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant, sous réserve du paiement de la cotisation.

Si l'adhérent opte pour une indemnité journalière supérieure, il doit remplir les conditions suivantes :

- présenter des justificatifs d'une augmentation de ses revenus,
- être couvert depuis au moins un an pour le même risque,
- se soumettre à de nouvelles formalités médicales définies à l'article 4 du présent contrat.

En cas de mariage, pacs ou naissance, la demande de modification doit être introduite dans les trois mois qui suivent l'évènement. Dans ce cas, l'adhérent est dispensé de formalités médicales.

La modification prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation du Médecin Conseil, sous réserve du paiement de la cotisation, et implique le délai d'attente sur le différentiel (Art.9).

#### ARTICLE 7 – AUTRES CAS DE RÉSILIATION

Le contrat cesse :

- au décès de l'adhérent
- par anticipation, à défaut de paiement de la cotisation dans les conditions visées à l'article 8.
- à l'échéance du mois qui suit la date du décès de l'adhérent,
- à l'échéance du mois qui suit la date de reconnaissance de l'invalidité totale et permanente de l'adhérent,

En tout état de cause :

- pour la Garantie Décès, au 31 décembre de l'année du 90<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent (le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance),
- pour la Rente Education, au plus tard au 31 décembre de l'année des 70 ans de l'adhérent.

La résiliation n'ouvre droit à aucune restitution des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la décision de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

### III – FONCTIONNEMENT

#### ARTICLE 8 – COTISATION

##### Détermination de la cotisation à l'adhésion

- La cotisation due est déterminée en fonction
- de l'âge de l'adhérent à l'adhésion, déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance
  - des options contractuelles choisies
  - du niveau de la garantie choisi

##### Evolution de la cotisation

- La cotisation due chaque année évolue en fonction
- de l'âge de l'adhérent, déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance
  - des revalorisations et révisions annuelles prévues à l'article 12.

#### Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné mensuellement, trimestriellement, ou semestriellement sans que cette facilité de paiement ne remette en cause l'échéance du contrat.

Pour toute incapacité ou invalidité totale et continue de plus de 90 jours, l'adhérent bénéficie d'une exonération de la cotisation due au titre de son contrat, à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant les 90 jours. Cette exonération prend fin à l'expiration de la période pendant laquelle il bénéficie des prestations visées à l'article 9 du présent chapitre.

#### Défaut de paiement des cotisations

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

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

#### ARTICLE 9 – PRESTATIONS

##### Délai d'attente (stage)

Pour les arrêts de travail consécutifs à un accident :

- prise en charge des arrêts nés au plus tôt le lendemain de la signature du contrat.

Pour les arrêts de travail consécutifs à une maladie :

- prise en charge des arrêts nés au plus tôt 3 mois après la signature du contrat.

Décès par accident ou invalidité totale et permanente suite à un accident :

- prise en charge au plus tôt le lendemain de la signature du contrat, sous réserve de l'acceptation préalable de l'adhésion par la mutuelle conformément à l'article 4 des présentes conditions générales.
- Décès par maladie : 3 mois

##### Capital en cas de décès par maladie ou accident

En cas de décès de l'adhérent dû à une maladie ou à un accident, avant le 31 décembre de l'année de son 90<sup>e</sup> anniversaire, et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est choisi lors de l'adhésion et inscrit dans le bulletin d'adhésion. Le bénéficiaire peut être une personne physique ou une personne morale (en cas de désignation d'un établissement de crédit pour la couverture d'un prêt, l'organisme bancaire est bénéficiaire à concurrence des sommes dues, le surplus étant versé aux héritiers). Le paiement du capital décès met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat (excepté le double effet conservé pendant 12 mois).

##### Capital en cas d'invalidité totale et permanente 3<sup>ème</sup> catégorie (ITP)

L'invalidité totale et permanente 3<sup>ème</sup> catégorie est définie par l'impossibilité absolue et définitive de l'assuré, suite à une maladie ou à un accident, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. En cas d'ITP dans un délai maximum de 12 mois suivant un accident et avant son 65<sup>e</sup> anniversaire, et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé à l'adhérent, le capital garanti en cas de décès par maladie ou accident.

##### Option doublement du capital décès en cas d'accident

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément et simultanément à la garantie décès/ITP. En cas de décès ou d'ITP par accident, la mutuelle versera un capital supplémentaire égal à celui prévu en cas de décès indiqué dans le bulletin d'adhésion. Le paiement du double capital décès en cas de décès par accident met fin à la garantie décès/ITP. La rente éducation, si elle a été souscrite, demeure.

### Garantie rente éducation

Cette garantie peut être souscrite seule et n'est pas obligatoire. En cas de décès de l'adhérent avant le 31 décembre de son 71<sup>e</sup> anniversaire, une rente éducation est versée au(x) enfant(s) désigné(s) comme bénéficiaire(s).

### Bénéficiaires

Les bénéficiaires des capitaux lors du décès de l'adhérent sont la/les personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle auprès de la M.G.P. par l'adhérent.

A défaut d'une telle désignation, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait,
- au partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),

à défaut :

- aux enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés par part égale ; en cas de représentation, la part versée aux représentants est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant
- aux père et mère de l'adhérent, par part égale,
- aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales. En cas d'invalidité totale et permanente 3<sup>ème</sup> catégorie, le capital est versé par anticipation à l'adhérent.

### Franchise

La Mutuelle Générale de Prévoyance paie les prestations déduction faite du délai de franchise retenu par l'adhérent parmi ceux définis aux conditions particulières.

La franchise doit être constituée de jours continus d'arrêt de travail pour ouvrir droit aux prestations versées sous forme d'indemnités journalières.

Elle ne s'applique pas en cas de rechute dans les deux mois suivant la dernière période indemnisée, si l'arrêt de travail a la même cause.

### Paiement des indemnités journalières ou de la rente invalidité

Les indemnités journalières et la rente « invalidité » si l'option a été souscrite sont payables mensuellement à terme échu mais à la condition que la Mutuelle Générale de Prévoyance soit en possession de tous les documents.

### Fin de la garantie

La garantie cesse :

- le 31 décembre suivant sa date de prise d'effet, et, se renouvelle ensuite par tacite reconduction, à chaque 1<sup>er</sup> janvier.
- au décès de l'adhérent.

### Proratisation du Crédit d'indemnisation

Dans le cas où l'adhérent est en arrêt de travail par suite de maladie et ce, dans les 12 mois suivant son adhésion, son crédit d'indemnisation ne pourra être supérieur au nombre de jours écoulés depuis la date de son adhésion jusqu'au 1<sup>er</sup> jour de son arrêt de travail. Cette clause sera reconduite tant que l'adhérent n'aura pas repris son travail pendant une durée de 12 mois consécutifs.

### Reconstitution du crédit

L'adhérent ayant épuisé son crédit d'indemnisation ne pourra prétendre à une nouvelle indemnisation qu'après un an de reprise effective du travail. On entend par reprise effective du travail l'arrêt de l'indemnisation des régimes obligatoires sur justificatifs. Toutefois l'adhérent ayant reconstitué ses droits pourra prétendre à une indemnisation concernant une affection qui ne sera pas en rapport avec celle pour laquelle il a déjà été indemnisé pendant 365 jours ou 1095 jours.

### Contrôle médical et administratif

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuité du service des prestations.

Le service des allocations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles au dernier jour du mois suivant la notification de l'interruption sans que le délai entre la suspension et l'envoi de la notification ne puisse être inférieur à 6 jours francs.

L'adhérent contrôlé pourra faire procéder à ses frais à une contre-expertise.

### I-Montant des Prestations - INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

La garantie assure le versement d'indemnités journalières lorsque l'adhérent est momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle suite à une maladie ou un accident. Le montant des indemnités journalières est défini dans les conditions particulières.

La prestation ne pourra dépasser le montant des indemnités journalières figurant sur les conditions particulières en tenant compte de la revalorisation (Art. 12).

La Mutuelle se fonde sur les déclarations de l'assuré lors de l'adhésion. Il lui appartient d'informer sa mutuelle de toute cessation ou modification d'activité professionnelle ou de baisse de revenus, car le montant des indemnités journalières versé ne pourra pas être supérieur au revenu déclaré sur l'avis d'imposition de l'année précédant l'arrêt de travail, compte tenu des prestations versées par d'autres organismes (régimes obligatoires, facultatifs...).

### Cession du paiement des prestations

Le service des prestations cesse :

- à la liquidation de la pension de vieillesse par le régime de base obligatoire de l'adhérent, et au plus tard au 65<sup>ème</sup> anniversaire,
- en cas de reprise d'activité de l'adhérent,
- au décès de l'adhérent

### Limitation de durée d'indemnisation

Certaines maladies sont prises en charge à raison d'un crédit d'indemnisation de 90 jours maximum pour toute la durée du contrat « indemnités journalières » :

- les lombalgies, les dorsalgies, les cervicalgies, sauf celles d'origine tumorales survenant après la prise d'effet du contrat,
- les troubles neuropsychiatriques, les maladies psychiatriques, les dépressions nerveuses et état dépressif.

### II-Montant des Prestations RENTE INVALIDITE OU RENTE INCAPACITE (SI OPTION SOUSCRITE)

Évaluation et reconnaissance de l'invalidité par la Mutuelle L'invalidité ouvrant droit au service de la rente garantie, est déterminée par voie d'expertise médicale indépendamment des décisions prises par le régime obligatoire de l'assuré, à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie et au plus tard au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail consécutif.

Pour qu'il y ait invalidité permanente, l'assuré doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale, et une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités publié par le concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux d'invalidité professionnelle est déterminé par le barème d'invalidité décrit ci-dessous :

Ce taux étant fixé entre 0 et 100 %, le taux d'invalidité permanent (N) est obtenu par le tableau ci-après.

Taux d'Incapacité Professionnel	Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42	
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48	
30		30,00	36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68	
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37	
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83	
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,88	76,12	83,20	90,00	96,55	
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100	

### Invalidité permanente totale

L'assuré est reconnu en invalidité totale lorsque :

La mutuelle a fixé un taux croisé d'invalidité "n" égal ou supérieur à 66 %

Et qu'il n'exerce aucune activité professionnelle.

### Invalidité permanente partielle

L'assuré est reconnu en invalidité permanente partielle lorsque :

La mutuelle a fixé un taux croisé d'invalidité "n" compris entre 33 % et 66 %.

Et qu'il n'exerce aucune activité professionnelle.

### Assiette, montant et attribution de la prestation

Lorsque l'assuré est reconnu en invalidité totale, la rente est calculée en appliquant le taux croisé d'invalidité au salaire brut annuel de référence.

Lorsque l'ASSURÉ assuré est reconnu atteint d'une invalidité partielle, le montant de la rente servie par la mutuelle est égal à n/66 % de la rente définie ci-dessus.

Aucune prestation n'est due par la mutuelle, si :

Le taux croisé d'invalidité est inférieur à 33 %,

Ou, si l'assuré reprend une activité professionnelle.

La rente prend effet à la date reconnue par la mutuelle comme

début d'invalidité qu'elle fasse suite ou non à une période d'incapacité temporaire totale.

Le montant des rentes versées par la MGP augmente des prestations versées par un régime obligatoire ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique, ne peut excéder 100% des revenus moyens net perçus sur les douze derniers mois travaillés.

En cas de dépassement de cette limite, la MGP réduit le versement de ses indemnités à due concurrence de ce montant.

Les arrérages sont payables trimestriellement à terme échu.

Le premier paiement étant effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de la reconnaissance et la fin du trimestre civil en cours.

Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du trimestre civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente.

### Cessation de la prestation

Le service de la rente cesse :

Si le taux croisé d'invalidité devient inférieur à 33 %,

Lorsque le médecin expert désigné par la mutuelle le reconnaît apte à reprendre une quelconque activité professionnelle,

A la date normale ou anticipée de liquidation d'un régime de retraite obligatoire et/ou complémentaire, quelle qu'en soit la cause,

A la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par la mutuelle,

Le jour de son 65<sup>e</sup> anniversaire,

Et en tout état de cause le jour de son décès.

### Barème d'invalidité permanente

Tête	
Hémiplégie complète	100 %
Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm <sup>2</sup>	50 %
Aliénation mentale incurable et totale	100 %
Epilepsie post-traumatique	
- 1 crise par jour	50 %
- 1 à 2 crises par mois	20 %
Perte totale des yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/2 <sup>ème</sup>	100 %
Perte totale d'un œil ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/2 <sup>ème</sup>	60 %
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil :	
- 1/20 <sup>ème</sup>	50 %
- 1/10 <sup>ème</sup>	40 %
- 2/10 <sup>ème</sup>	30 %
- 3/10 <sup>ème</sup>	20 %
- 4/10 <sup>ème</sup>	10 %
- 5/10 <sup>ème</sup>	5 %

En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majorée de deux fois celle de l'autre œil.

Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec correction optimale.

Surdité bilatérale non appareillable	100 %
Surdité totale unilatérale non appareillable	55 %
Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	0 %
Torticolis post-traumatique permanent	4 %
Incapacité portant sur les deux membres	
Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains	100 %
Perte complète de l'usage des deux jambes	100 %
Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe	100 %
Membres supérieurs	
Perte complète du bras	100 %
Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	100 %
Perte complète des mouvements de l'épaule	80 %
Perte complète des mouvements du poignet	80 %
Perte complète de la main (désarticulation radio carpienne)	100 %
Perte complète du pouce	100 %
Perte complète de l'index	60 %
Perte complète du médus	60 %
Perte complète de l'annulaire	35 %
Perte complète de l'auriculaire	35 %
Perte totale du médus et de l'annulaire ou auriculaire	65 %
Perte totale des deux derniers doigts	50 %
Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris entre 70° et 110°)	50 %
Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précitées)	100 %
Ankylose du pouce, totale	100 %

Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale)	60 %
Paralysie totale du membre supérieur	100 %
Paralysie du nerf circonflexe	100 %
Paralysie totale du nerf médian au bras	100 %
Paralysie totale du nerf médian au poignet	50 %
Paralysie totale du nerf cubital au bras	100 %
Paralysie totale du nerf cubital au poignet	40 %
Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs)	100 %
<b>Membres inférieurs</b>	
Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	80 %
Amputation de la jambe	55 %
Perte totale des mouvements de la hanche	60 %
Désarticulation du genou	55 %
Amputation sus-malléolaire d'un pied	45 %
Désarticulation tibio-tarsienne	40 %
Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	30 %
Raccourcissement d'un membre de 7 cm	40 %
Raccourcissement d'un membre de 5 cm	25 %
Raccourcissement d'un membre de 3 cm	10 %
Perte complète du gros orteil	10 %
Perte complète de tous les orteils	30 %
Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45°)	25 %
Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	50 %
Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne	20 %
Paralysie du tronc du nerf sciatique	40 %
Paralysie du nerf sciatique poplité externe	25 %
Paralysie du nerf sciatique poplité interne	20 %
<b>Rachisthorax</b>	
Paraplégie complète	100 %
Tétraplégie complète	100 %
Fracture de la colonne vertébrale (sans lésion de la moelle épinière)	30 %
Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moelle épinière)	40 %
Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	40 %
Lumbago post-traumatique	5 %
Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	
- droite	10 %
- gauche	5 %
Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	5 %

#### Conditions d'application du barème d'invalidité permanente

- La M.G.P. détermine le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus en comparant leur gravité à celle des cas prévus, sans que l'activité professionnelle de la victime puisse intervenir.
- Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
- Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilise pour le calcul de la somme que la M.G.P. versera sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la sécurité sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
- L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
- L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eues l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

### III. MONTANT DES PRESTATIONS DECES

#### Capital décès :

Le montant du capital de base souscrit est défini dans le barème de cotisations et revalorisé chaque année. L'adhérent choisit un montant de garantie compris entre 1 et 20 fois ce capital de base. En cas de décès ou d'invalidité totale et permanente par accident, le capital souscrit est doublé si l'option est souscrite. En cas d'invalidité totale et permanente de l'adhérent, celui-ci est le bénéficiaire du capital. Les héritiers ne pourront prétendre au versement d'un nouveau capital lors du décès de l'adhérent.

#### Rente éducation :

Le montant de base de la prestation est défini dans le barème de cotisations. L'adhérent choisit un montant de garantie parmi les possibilités suivantes :

- 1 fois la rente de base ;
- 2 fois la rente de base ;
- 3,5 fois la rente de base ;
- 5 fois la rente de base.

La base de garantie souscrite est la même pour tous les enfants bénéficiaires. La rente versée évolue en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire ; à partir du 12<sup>ème</sup> anniversaire de

l'enfant, la base de garantie est multipliée par 1,25. A partir de son 18<sup>ème</sup> anniversaire, s'il poursuit ses études, elle est multipliée par 1,5.

Age de l'enfant	Montant de la prestation
< 12 <sup>ème</sup> anniversaire	Montant de base
12 <sup>ème</sup> au 18 <sup>ème</sup> anniversaire	Montant de base X 1,25
18 <sup>ème</sup> au 26 <sup>ème</sup> anniversaire (si poursuite d'études)	Montant de base X 1,5

La rente est servie mensuellement à terme échu jusqu'au 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant bénéficiaire ou, s'il poursuit ses études, au plus tard jusqu'à son 26<sup>ème</sup> anniversaire.

Cette garantie peut être souscrite si la différence d'âge entre l'adhérent et chaque enfant bénéficiaire mentionné dans le bulletin d'adhésion est inférieure ou égale à 45 ans. Le calcul de l'âge de l'adhérent et du bénéficiaire se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

La prestation débute à la date de décès de l'assuré. Le 1<sup>er</sup> versement de la rente tiendra compte du prorata, calculé en nombre de jours, entre la date de décès et la date du versement sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations.

### ARTICLE 10 – JUSTIFICATIFS À ADRESSER EN CAS DE DEMANDE D'INDEMNISATION

Pour tout arrêt de travail, l'adhérent envoie à la Mutuelle :

- l'avis d'arrêt de travail indiquant le motif de l'arrêt dans les 10 jours suivant l'expiration de la période de franchise. En cas de non-respect de ce délai, l'indemnisation ne débutera qu'à compter de la date de réception de l'avis d'arrêt de travail, sauf cas de force majeure,
- les photocopies des décomptes du régime obligatoire ou l'attestation de non versement de prestations,
- le document d'informations,
- la photocopie de l'avis d'imposition de l'année précédant l'arrêt de travail.

Si l'option « Invalidité » est souscrite, et en cas d'invalidité, l'adhérent devra aussi fournir :

- la notification d'attribution de la rente d'invalidité permanente délivrée par le Régime Obligatoire.
- Pour la demande du capital décès, fournir à la Mutuelle les pièces suivantes :
- l'acte de décès,
  - le certificat post mortem précisant les causes du décès,
  - le document d'informations,
  - le certificat d'hérédité.

Pour la demande du capital en cas d'invalidité totale et permanente, fournir à la Mutuelle la notification de la sécurité sociale ou du régime obligatoire certifiant de l'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie.

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut être amenée à demander tout autre document complémentaire permettant le versement des prestations en cas d'impossibilité de confirmation des conditions à réunir nécessaires audit versement.

### ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

#### Certains risques ne sont pas pris en charge :

- Les faits de terrorisme, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, de guerre civile ou étrangère, de sabotage, de rixe (sauf cas de légitime défense), d'agression ou crime, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active ;
- La participation volontaire du bénéficiaire à un crime ;
- La manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- Les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- La pratique de tous sports à titre professionnel ;
- Le décès ou l'invalidité totale et permanente consécutif à :
  - Un suicide ou d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année du contrat ;
  - Une affection ou un accident, dont l'origine ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'adhésion au contrat,
  - Une affection dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant la période de stage, sauf en cas d'accident.

#### Exclusions applicables à la garantie « Mut'J tns » - Indemnités Journalières et Invalidité Permanente (si option souscrite) :

- les arrêts de travail liés à la maternité et à ses pathologies.

- les arrêts de travail, l'invalidité ou l'incapacité permanente consécutifs à une affection ou à un accident, dont l'origine ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet du contrat.
- les arrêts de travail et les affections dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant la période du délai d'attente, sauf en cas d'accident.

#### Exclusions propres à la garantie « invalidité » si option souscrite :

- les lombalgies, les dorsalgies, les cervicalgies, sauf celles d'origine tumorales survenant après la prise d'effet du contrat.
- les troubles neuropsychiatriques, les maladies psychiatriques, les dépressions nerveuses et état dépressif.

### ARTICLE 12 – REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

#### REVALORISATION

Les cotisations, les prestations ainsi que le montant de l'indemnité journalière maximum sans justificatif seront réactualisées chaque année sur la dernière revalorisation du point AGIRC ARCO dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de la Mutuelle.

Les cotisations et prestations du contrat en cours avant décès de l'adhérent sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier de l'année N en fonction de l'évolution de l'indice de revalorisation INSEE des prix à la consommation, ensemble des ménages, hors tabac entre le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N-2 et le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N-1.

Le capital décès en attente de versement, les rentes éducation après décès de l'adhérent sont revalorisées en fonction du point AGIRC du 1<sup>er</sup> novembre de l'année N-1.

#### RÉVISION DE LA COTISATION

À tout moment, sur décision de l'Assemblée Générale de la MGP, les cotisations peuvent être modifiées.

### ARTICLE 13 - LITIGES MÉDICAUX DANS LE CADRE D'UNE PRESTATION

En cas de contestation sur l'état d'incapacité, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

### IV - DISPOSITIONS DIVERSES

#### ARTICLE 14 – FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité.

Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie sera sanctionnée conformément aux dispositions de l'article L 221-15 du même code.

#### ARTICLE 15 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le 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, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1<sup>er</sup> du l de l'article L. 111-1, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2<sup>o</sup>, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts

à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de 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 la prestation, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

## ARTICLE 16 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

### RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance  
Service réclamation  
39 rue du Jourdil  
74960 CRAN GEVRIER  
Ou par mail à l'adresse suivante : [mgp@mgprev.fr](mailto:mgp@mgprev.fr)

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables. Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

### MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse :

Mutuelle Générale de Prévoyance  
A l'attention du Médiateur  
UGM ENTIS  
39 rue du Jourdil  
74960 CRAN GEVRIER  
Ou à l'adresse suivante : [mediation@mutuelles-entis.fr](mailto:mediation@mutuelles-entis.fr)

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige. Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier. Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

## ARTICLE 17 – TRAVAILLEURS NON SALARIES-LOI MADELIN

L'adhésion réalisée par un Travailleur Non Salaré (T.N.S.) dans le cadre de la loi n°94126 du 11 février 1994, dite loi MADELIN, se fait par l'intermédiaire de l'Association de Prévoyance des Travailleurs Indépendants (A.P.T.I.), Association n°W741001922 régie par la loi du 1er juillet 1901, domiciliée 39 rue du Jourdil 74960 Cran Gevrier.

L'adhérent qui souscrit aux garanties du présent contrat par l'intermédiaire de l'A.P.T.I. s'engage à informer la Mutuelle en cas de perte de sa qualité de membre de l'A.P.T.I. Pour les T.N.S. ayant sélectionné l'option « Madelin », et en conformité avec la loi MADELIN, le capital-décès fait l'objet d'une conversion en rente annuelle. Cette rente est versée pendant 6 ans sous la forme d'une échéance annuelle en début d'année équivalent à 1/6<sup>e</sup> du capital décès.

## ARTICLE 18 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés. Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : [dpo@mutuelles-entis.fr](mailto:dpo@mutuelles-entis.fr). Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07. Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

## ARTICLE 19 – SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à ses ayants-droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place elle agit en qualité de tiers payant.

## ARTICLE 20 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

## ARTICLE 21 - REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlés lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime

d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,

- Conseille les adhérents aux mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leur exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

## V – DEFINITIONS

### Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus et impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

Cependant, n'est pas considéré comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident. Ainsi ne sont pas considérées comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisées comme des maladies : les malaises cardiaques, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement, les lumbagos, les sciatiques, les évanouissements, les hernies.

### Adhérent

Personne physique ayant fait acte d'adhésion à la garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

### Assuré

Personne physique admise à la Mutuelle et sur la tête de laquelle repose le contrat.

### Avant droit

Sont désignées comme ayants-droit les personnes assurées de l'adhérent sur le contrat (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge).

### Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations liées au contrat qui lie l'adhérent à la mutuelle.

### Conditions Générales

Mode d'emploi, et règles qui régissent le contrat.

### Conditions Particulières

Contrairement aux Conditions Générales, les Conditions Particulières sont personnelles. Elles définissent les garanties choisies.

### Délai d'attente

Période suivant la prise d'effet du contrat pendant les garanties du contrat ne s'appliqueront pas, sauf précisions contraires stipulées dans les conditions générales.

### Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e), non séparé de corps par un jugement définitif, non séparé de fait.

### Concubin

Est désignée comme concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

### Enfant à charge

Sont désignés comme enfants à charge les enfants de l'adhérent ou les enfants qu'il a recueillis :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- s'ils sont âgés de moins de 25 ans, s'ils poursuivent des études (apprentissage y compris) ;
- si avant leurs 21 ans, ils sont devenus titulaires de la carte d'invalidité civile et bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé
- l'enfant de l'adhérent né viable moins de 180 jours après le décès de ce dernier.

### Partenaire lié par un PACS

Est désignée comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité.

### Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants de l'adhérent, effectivement à la charge de l'adhérent au sens fiscal, le conjoint de l'adhérent n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.