

RÈGLEMENT MUTUALISTE

COMPLÉMENT DE SALAIRE



SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
SECTION 1 : PRÉAMBULE	3
Article 1 : Objet	3
Article 2 : Modification du Règlement mutualiste	3
Article 3 : Adhésion	3
Article 4 : Faculté de renonciation en cas de vente à distance	3
SECTION 2 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES	3
Article 5 : Bénéficiaire des prestations	3
Article 6 : Durée — Renouvellement	3
Article 7 : Résiliation - Radiation - Exclusion	3
Article 8 : Date de cessation des droits aux prestations	4
SECTION 3 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX COTISATIONS	4
Article 9 : Détermination des cotisations et échéance	4
Article 10 : Défaut de paiement des cotisations	4
SECTION 4 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX PRESTATIONS	5
Article 11 : Plafond de remboursement	5
SECTION 5 : DISPOSITIONS DIVERSES	5
Article 12 : Prescription	5
Article 13 : Subrogation	5
Article 14 : Réclamations — Médiation	5
Article 15 : Protection des données à caractère personnel	5
Article 16 : Organisme de contrôle	6
TITRE II - GARANTIES PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS	6
Article 17 : Définition des garanties	6
Article 18 : Conditions d'adhésion	6
Article 19 : Ouverture des droits	6
Article 20 : Taux de cotisation	8
Article 21 : Interruption des garanties en cas de suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération	8
Article 22 : Cessation des garanties	8
Article 23 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle	8
Article 24 : Mise en œuvre des prestations	8
Article 25 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon Mutuelle	9
Article 26 : Procédure d'arbitrage	9

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 : PRÉAMBULE

Article 1 : Objet

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle, notamment en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Il est adopté par le Conseil d'Administration.

Les prestations assurées par la Mutuelle bénéficient au membre participant inscrit à la Mutuelle.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle, comme précisé dans le Règlement.

Les garanties offertes au membre participant sont précisées dans le bulletin d'adhésion.

Article 2 : Modification du Règlement mutualiste

Le Conseil d'administration adopte les règlements mutualistes ainsi que leurs annexes et peut les modifier. Il peut modifier les garanties dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité et les statuts de la Mutuelle. Les membres participants sont informés de ces modifications dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité.

Elles leur sont opposables dès leur notification.

Article 3 : Adhésion

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le membre participant se doit de fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires mentionnés dans le bulletin d'adhésion.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion.

Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le membre participant bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile du membre participant doit être signalé à la Mutuelle par le membre participant.

L'adhésion au présent Règlement est annuelle à tacite reconduction. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues au Titre I - Section 2 du présent Règlement.

Article 4 : Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse complète du membre participant :

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat n° et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À le / /

Signature du membre :

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente jours (30), la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

SECTION 2 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

Article 5 : Bénéficiaire des prestations

Le bénéficiaire des prestations est la personne inscrite sur le bulletin d'adhésion, c'est-à-dire le membre participant (résidant en France métropolitaine ou dans les DROM-COM).

Article 6 : Durée — Renouvellement

La durée de l'adhésion est d'un an. Par exception, la première année d'adhésion aura une durée qui commencera à courir à la date de prise d'effet de l'adhésion, telle que mentionnée sur le bulletin d'adhésion, et qui viendra à expiration le 31 décembre de l'année de l'adhésion pour l'ensemble des membres participants au présent règlement.

L'adhésion se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à la fin de chaque période, pour une période d'un an sauf démission du membre participant.

Cette date d'échéance est fixée au 31 décembre de chaque année.

Article 7 : Résiliation - Radiation - Exclusion

A) RÉSILIATION

7.1 RÉSILIATION ANNUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, la résiliation annuelle est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle ne peut prendre effet qu'au 1er janvier de chaque année.

Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le Code de la Mutualité ou le présent Règlement.

Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

7.2 RÉSILIATION POUR DEFAUT DE PAIEMENT

La Mutuelle peut résilier les contrats individuels pour défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies à l'article 10 du présent règlement.

7.3 RÉSILIATION POUR MODIFICATION DU RISQUE

Pour les opérations individuelles et en dehors des facultés de résiliation visées aux articles précédent, les membres participants et la Mutuelle peuvent mettre fin à une adhésion dans les conditions prévues par l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

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

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet le premier du mois qui suit la réception de la notification.

B) RADIATION

Les cas de radiation sont précisés à l'article 8 des Statuts.

Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

C) EXCLUSION

Les règles concernant l'exclusion sont précisées à l'article 9 des Statuts.

Article 8 : Date de cessation des droits aux prestations

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent n'est prise en charge par la Mutuelle.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

En cas de décès, la radiation du membre participant prend effet au premier jour suivant le décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

SECTION 3 : DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX COTISATIONS

Article 9 : Détermination des cotisations et échéance

Les cotisations sont payables, mensuellement, par les membres participants. Le règlement de la cotisation appelée est effectué par prélèvement automatique.

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par le Conseil d'Administration.

Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année ou en cas de sinistralité anormale, les cotisations pourraient être modifiées en cours d'année par le Conseil d'Administration.

La cotisation est fixée en pourcentage du traitement indiciaire de base (indice majoré).

Les cotisations sont fixées en fonction de l'évolution des dispositions fiscales et des dispositions générales de la Sécurité Sociale et de ses bases de remboursement en vigueur, ainsi que des résultats techniques de la Mutuelle.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 10 : Défaut de paiement des cotisations

A 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 en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant 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 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.

Cependant, il peut être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de la procédure de défaut de paiement pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement des cotisations.

SECTION 4 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX PRESTATIONS

Article 11 : Plafond de remboursement

Le remboursement des arrêts de travail par la Mutuelle ne peut être supérieur à la perte de revenus subie au regard des salaires perçus habituellement par le membre participant.

Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant en vertu des Statuts et du Règlement Mutualiste que par une caisse de Sécurité Sociale ou par d'autres organismes publics ou privés, aboutirait à un remboursement supérieur au montant total des salaires perçus habituellement, les prestations accordées par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

SECTION 5 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 12 : Prescription

Le point de départ du délai de recevabilité des réclamations est fixé, soit à la date d'encaissement effectif de la ou des prestations en cause, soit à la date de réception de la lettre de refus de paiement.

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par l'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 au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code Civil.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code Civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code Civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte

d'exécution forcée (commandement de payer, saisie,...) (article 2444 du Code Civil),

- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code Civil),**
- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).**

Article 13 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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 exposé, due 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 exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

Article 14 : Réclamations — Médiation

Pour toute réclamation du membre participant à l'égard de la Mutuelle, ce dernier devra adresser sa réclamation, par écrit à So Lyon Mutuelle –TSA 81938 - 92894 Nanterre Cedex 9 ou envoyer un courriel à gestion@solyon-mutuelle.fr ou téléphoner au 04 27 19 02 19 (du lundi au jeudi de 8h30 à 17h et le vendredi de 8h30 à 16h30).

Un accusé de réception écrit de la réclamation sera adressé au membre participant dans les 10 jours suivant la réception de sa déclaration.

Le délai de traitement des réclamations est de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

En tout état de cause, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi de la réclamation (cachet de la poste faisant foi), le réclamant peut directement transmettre sa réclamation au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française — FNMF — 255 rue de Vaugirard — 75719 PARIS cedex 15 ou <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Article 15 : Protection des données à caractère personnel

A) COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre prévu par le règlement général sur la protection des données (RGPD), So'Lyon Mutuelle collecte, en qualité de responsable de traitement, auprès des adhérents et de leurs bénéficiaires des données à caractère personnel, notamment des données d'identification, des données relatives à la situation familiale et à la santé, pour mettre en œuvre les

traitements nécessaires à la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour la gestion de la relation commerciale et la gestion adhérent. Ces données pourront également être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de contentieux, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements, et sont destinées aux services de So'Lyon Mutuelle, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, prestataires ou partenaires. Dans ce cadre, So'Lyon Mutuelle est tenue de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la CNIL.

B) DROITS DES ADHÉRENTS ET BÉNÉFICIAIRES

L'adhérent et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ce droit ne peut pas être exercé d'une manière à empêcher l'exécution du contrat souscrit.

Ils peuvent exercer leurs droits soit, par courrier à l'adresse : protection.donnees@solyon-mutuelle.fr soit par courrier adressé à : So'Lyon Mutuelle – DPO – 28 rue Narcisse Bertholey, 69600 OULLINS. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils ont la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

C) OPPOSITION À LA PROSPECTION COMMERCIALE DONT TÉLÉPHONIQUE

L'adhérent est informé que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale :

- Par voie téléphonique, il doit donner son consentement préalable toute prospection commerciale par ce biais. En tout état de cause, il dispose du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant ses numéros de téléphones fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Son inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de son inscription.
- Par voie postale / email : Il dispose du droit d'opposition à ce que ces coordonnées postales ou adresses email soient utilisées pour recevoir des offres par ce biais.

Article 16 : Organisme de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

TITRE II - GARANTIES PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS

Article 17 : Définition des garanties

A) COMPLÉMENT DE SALAIRE

La garantie « Complément de salaire » a pour objet d'assurer au membre participant un complément de salaire à l'issue de la période d'indemnisation du CGOS et sous réserve d'une cotisation de l'employeur au CGOS sur la base des seuls éléments permanents du salaire.

B) OPTION 1

La garantie « Option 1 » a pour objet de compléter à hauteur de 10% le traitement perçu par le membre participant durant la première période d'indemnisation, dans la limite de trois mois. L'option 1 peut être souscrite uniquement si la garantie principale complément de salaire est souscrite par le membre participant.

C) OPTION 2

La garantie « Option 2 » a pour objet de couvrir les jours de carence applicables en cas d'arrêt maladie. Elle est limitée à deux jours de carence maximum par année.

La garantie option 2 peut être souscrite uniquement si la garantie principale complément de salaire est souscrite par le membre participant.

Article 18 : Conditions d'adhésion

L'adhésion aux garanties prend effet si le membre participant :

- Est en activité au moment de la souscription,
- N'est pas suspendu de ses fonctions,
- N'est pas en disposition de disponibilité d'office,
- N'est pas en arrêt de travail ou n'a pas été en arrêt de travail, dans les deux mois qui précèdent l'adhésion,
- N'a pas repris ses fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique.

Il est à noter que si l'adhérent a déjà souscrit à une offre CDS, en option avec une offre santé et qu'il souhaite résilier l'offre santé, l'adhérent conserve toute son antériorité et les droits afférents à l'offre CDS. De telle sorte qu'il ne sera pas nécessaire, au moment de la signature du nouveau bulletin d'adhésion de répondre aux limitations d'adhésion telles que listées dans cet article.

Article 19 : Ouverture des droits

Dans le cadre de la garantie complément de salaire la prestation de la Mutuelle est servie à compter de la fin de la période d'intervention du CGOS sous réserve que le membre participant soit maintenu en arrêt maladie et à jour de ses cotisations.

L'option 1 est servie durant la première période d'indemnisation.

L'option 2 est servie lors de l'application de jours de carence.

Les garanties peuvent être attribuées au membre participant remplissant les conditions énoncées ci-dessous.

A) LE PERSONNEL CONCERNÉ

Les personnels éligibles aux garanties sont : le personnel titulaire et stagiaire du titre IV du statut général des fonctionnaires ; le personnel contractuel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

(1) Objet des garanties

Les garanties s'appliquent si le membre participant se trouve temporairement dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle par suite de maladie.

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement ou demi-traitement majoré pour les membres participants ayant 3 enfants et plus, indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme).

(2) Point de départ de l'indemnisation

L'indemnisation intervient sous réserve des conditions suivantes :

- Sur la demande expresse du membre participant
- Pour la garantie complément de salaire, à l'issue de la période d'indemnisation du CGOS
- Pour l'option 1 durant la première période d'indemnisation
- Pour l'option 2 lors de l'application de jours de carence
- À la condition du maintien en arrêt de travail
- Sous réserve de la production des pièces justificatives exigibles à sa situation (notamment fiches de paie, notifications CGOS, relevé d'indemnités journalières de Sécurité Sociale, copie de l'arrêt de travail).

B) PERSONNEL TITULAIRE ET STAGIAIRE DU TITRE IV DU STATUT GÉNÉRAL DES FONCTIONNAIRES

La participation de la Mutuelle se fait ainsi qu'il suit :

(1) En maladie ordinaire

L'agent bénéficie de trois mois à 90% de son traitement, puis de neuf mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur.

Les cinq premiers mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré pour les membres participants ayant 3 enfants et plus) sont complétés par le CGOS.

Dans le cadre de la garantie complément de salaire, les quatre derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

En cas de souscription de l'option 1 la Mutuelle complète les trois premiers mois à hauteur de 10%, permettant à l'agent de percevoir, durant cette période, un plein traitement.

En cas de souscription de l'option 2, les jours de carence appliqués sont pris en charge à hauteur de 100% du traitement de base, dans la limite de deux jours de carence par an.

(2) En longue maladie

L'agent bénéficie d'un an de plein traitement, puis de deux ans de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur.

Les cinq premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS. Dans le cadre de la garantie complément de salaire, les sept derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

(3) En maladie longue durée

L'agent bénéficie de trois ans de plein traitement, puis de deux ans de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur.

Les cinq premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS. Dans le cadre de la garantie complément de salaire, les sept derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

C) PERSONNEL CONTRACTUEL RELEVANT DU TITRE IV DU STATUT GÉNÉRAL DES FONCTIONNAIRES :

La participation de la Mutuelle se définit comme suit :

(1) En maladie ordinaire

- Personnel ayant plus de quatre mois et moins de deux ans d'ancienneté : l'agent bénéficie de 90% de son traitement pendant un mois puis d'un mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale. Le mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré), ainsi que le suivant, sont complétés par le CGOS, Dans le cadre de la garantie complément de salaire, les neuf mois suivants sont complétés par la Mutuelle.

En cas de souscription de l'option 1 la Mutuelle complète le premier mois à hauteur de 10%, permettant à l'agent de percevoir, durant cette période, un plein traitement.

En cas de souscription de l'option 2 les jours de carence appliqués sont pris en charge à hauteur de 100% du traitement de base, dans la limite de deux jours de carence par an.

- Personnel ayant plus de deux ans et moins de trois ans d'ancienneté : l'agent bénéficie de 90% de son traitement pendant deux mois, puis de deux mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale. Les deux mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré), ainsi que le suivant sont complétés par le CGOS., Dans le cadre de la garantie complément de salaire, les sept mois suivants sont complétés par la Mutuelle.

En cas de souscription de l'option 1 la Mutuelle complète les deux premiers mois à hauteur de 10%, permettant à l'agent de percevoir, durant cette période, un plein traitement.

En cas de souscription de l'option 2, les jours de carence appliqués sont pris en charge à hauteur de 100% du traitement de base, dans la limite de deux jours de carence par an.

- Personnel ayant plus de trois ans d'ancienneté : L'agent bénéficie de 90% de son traitement pendant trois mois, puis de trois mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale.
- Les trois mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS., Dans le cadre de la garantie complément de salaire, les six mois suivants sont complétés par la Mutuelle.

En cas de souscription de l'option 1 la Mutuelle complète les trois premiers mois à hauteur de 10%, permettant à l'agent de percevoir, durant cette période, un plein traitement.

En cas de souscription de l'option 2, les jours de carence appliqués sont pris en charge à hauteur de 100% du traitement de base, dans la limite de deux jours de carence par an.

(2) En grave maladie

Personnel ayant au moins trois ans de services effectifs et continus : l'agent bénéficie d'un an de plein traitement, puis de deux ans de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, après déduction des indemnités journalières de Sécurité Sociale. Les trois premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS.

Dans le cadre de la garantie complément de salaire, les neuf derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

Article 20 : Taux de cotisation

A) COMPLÉMENT DE SALAIRE

Le taux de cotisation est fixé à 1,330 % du traitement indiciaire de base (indice majoré).

B) OPTION 1

Le taux de cotisation est fixé à 0,576 % du traitement indiciaire de base (indice majoré).

C) OPTION 2

Le taux de cotisation est fixé à 0,617 % du traitement indiciaire de base (indice majoré).

Pour le calcul de la cotisation de l'année suivante, le membre participant doit fournir avant le 30 juin de chaque année le bulletin de salaire du mois de février de l'année en cours.

À défaut de fournir les éléments dans le délai prévu, l'indice majoré (salaire indiciaire) sera revalorisé de 8 points.

En cas d'indemnisation et si les éléments de calcul n'ont pas été transmis, la cotisation sera recalculée de manière rétroactive sur la base du bulletin de salaire fourni lors de la demande d'indemnisation et fera l'objet, le cas d'échéant, d'une régularisation.

Article 21 : Interruption des garanties en cas de suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération

Les garanties « Complément de salaire » sont interrompues lorsque le membre participant est en congé non rémunéré (congé pour convenance personnelle, pour création d'entreprise, pour mandat électif ou l'exercice de fonctions de membre du Gouvernement, pour activités dans la réserve opérationnelle de plus de 30 jours). Pour permettre à la Mutuelle d'interrompre le prélèvement des cotisations de cette garantie, le membre participant doit fournir un justificatif de son changement de situation.

Les garanties reprennent le jour qui suit la fin de la suspension du contrat de travail à condition que le membre participant acquitte de nouveau ses cotisations.

Le membre participant doit alors en informer la Mutuelle en lui fournissant une attestation de reprise du travail de la part de son employeur, ainsi que le bulletin de salaire du premier mois de sa reprise. Si le membre participant ne fournit pas ces pièces dans les 3 mois suivant sa reprise d'activité, alors la réactivation des garanties prendra effet au 1er du mois qui suit la réception de ces pièces.

Article 22 : Cessation des garanties

Les garanties cessent de produire effet :

- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein en vigueur à la date d'effet du contrat du membre participant pour la garantie complément de salaire ;
- au décès du membre participant ;
- à la date d'effet de la résiliation des garanties ;
- à la date d'effet de la résiliation ou de radiation de l'adhésion du membre participant dont les modalités sont définies aux articles 7 et 8 du présent Règlement,
- à la date de fin d'arrêt de travail.

Article 23 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle

SO'LYON MUTUELLE NE PREND PAS EN CHARGE LES ARRÊTS DE TRAVAIL RÉSULTANT :

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,
- de mutilation ou blessure volontaire,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- de vols sur ailes volantes, Ulm, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,
- de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée.

Article 24 : Mise en œuvre des prestations

A) POUR FAIRE VALOIR SES DROITS

Le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire « Demande de prestations » dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces nécessaires, indiquées ci-dessous, au calcul des prestations. Le membre participant s'engage, lors de l'ouverture de ses droits à prestations, à rembourser toutes prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la modification du congé de maladie.

B) PIÈCES À FOURNIR

- La copie de l'arrêt de travail ;
- L'attestation de l'employeur indiquant la date d'arrêt de travail ;
- Le dernier bulletin de salaire à demi-traitement (ou demi-traitement majoré) et les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale pour les non titulaires ;
- La copie du relevé de décision administrative précisant le passage à demi-traitement (ou demi-traitement majoré) au titre du statut de la Fonction Publique Hospitalière ;
- La copie du récapitulatif des périodes payées par le CGOS ou à défaut, l'attestation de fin de droit aux prestations du CGOS ou encore les relevés de prestations du CGOS sur les 150 derniers jours payés par celui-ci.

C) UNE FOIS LES DROITS DU MEMBRE PARTICIPANT OUVERTS

Le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par la Mutuelle. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

**Article 25 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon
Mutuelle**

So'Lyon Mutuelle peut procéder ou faire procéder à tout moment à des visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Elle peut également effectuer elle-même tous les contrôles et enquêtes administratives qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles et enquêtes. Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par So'Lyon Mutuelle.

Article 26 : Procédure d'arbitrage

**A) 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 le membre participant, un médecin désigné par So'Lyon Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin est désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

**B) HONORAIRES DU MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR
SO'LYON MUTUELLE ET CEUX DU TIERS EXPERT**

Ils sont à la charge de So'Lyon Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.