

PRÉVOYANCE

Contrat collectif de prévoyance

à adhésion obligatoire pour
les fonctionnaires et agents contractuels
de droit public de ORANGE SA

1^{er} JUILLET 2021



La Mutuelle Générale, la sécurité d'une grande mutuelle

- Troisième mutuelle française, La Mutuelle Générale protège plus de 1,5 million de personnes et garantit plus de 10 000 entreprises.
- Spécialiste de l'assurance de personnes individuelle et collective, en complémentaire Santé comme en Prévoyance (incapacité, invalidité, dépendance, décès), elle place le client au cœur de son action.
- Au-delà du simple remboursement de vos frais médicaux, La Mutuelle Générale vous offre un accompagnement personnalisé à travers des actions et des services innovants notamment dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé.
- Elle démontre au quotidien sa capacité à anticiper les évolutions de son secteur et à se dépasser au service de ses clients.
- Performante, éthique et agile, elle a su s'imposer comme un acteur innovant dans son secteur, pour construire rapidement des solutions sur mesure et adaptées à vos attentes.

GARANTIE PRÉVOYANCE

Votre contrat de prévoyance.....	4
Vos choix de garanties.....	4
Conditions d'adhésion.....	5
Cessation des garanties.....	5
Suspension des garanties.....	5
Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat.....	5
Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.....	6
Les différentes formules des garanties décès.....	12
Modalités de choix de formule.....	13
Tableaux des garanties en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.....	14
Garanties en cas d'arrêt de travail.....	16
Dispositions diverses et exclusions.....	20
Annexe : barème « infirmité permanente accidentelle ».....	25
Glossaire.....	27



Votre contrat de prévoyance

Votre contrat est un contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire souscrit par ORANGE SA auprès de La Mutuelle Générale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé au 1-11 rue Brillat-Savarin, CS 21363 - 75634 PARIS CEDEX 13.

Ce contrat de prévoyance a pour objet la couverture des risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident, Incapacité et Invalidité.

La présente notice d'information vous précise les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre de votre contrat de prévoyance ainsi que leurs modalités de prise en charge, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

La présente notice d'information vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Vos choix de garanties

Vous bénéficiez au titre de votre contrat de prévoyance collective obligatoire des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident, Incapacité et Invalidité.

Par ailleurs, concernant la garantie décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, vous avez le choix entre 4 formules :

FORMULE 1 « ÉQUILIBRE »

Cette formule associe de façon équilibrée tous les types de garanties : « capital décès », « rente de conjoint » et « rente éducation ».

FORMULE 2 « CAPITAL »

Cette formule privilégie la garantie décès sous forme de capital renforcé.

FORMULE 3 « RENTE DE CONJOINT »

Cette formule privilégie la rente de conjoint (rente temporaire et rente viagère).

FORMULE 4 « RENTE ÉDUCATION »

Cette formule privilégie la rente éducation.

Les modalités de choix et de changement de formule sont décrites dans la présente notice. Ces informations ainsi que le formulaire à compléter sont également disponibles sur votre Espace Adhérent accessible via le site Internet : www.lamutuellegenerale.fr

Conditions d'adhésion

Vous bénéficiez du contrat de prévoyance en qualité :

- de fonctionnaire ou d'agent contractuel de droit public de ORANGE SA placé en position d'activité,
- d'administrateur des Postes et Télécommunications ou d'ingénieur des Mines détaché d'office à ORANGE SA,

si vous vous trouvez dans une des situations suivantes :

- vous exercez votre activité à temps plein, à temps partiel ou en temps libéré, y compris dans le cadre de dispositifs spécifiques seniors en cours,
- vous êtes absent pour raisons médicales (congé ordinaire de maladie, congé de longue durée, congé de longue maladie, congé pour invalidité temporaire imputable au service) ou mis en disponibilité d'office pour raison de santé avec prestations en espèces de l'assurance maladie ou l'assurance invalidité de la Sécurité sociale servies par ORANGE SA,
- vous êtes en formation rémunérée,
- vous êtes absent pour tout autre motif donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération par ORANGE SA (congé de maternité ou d'adoption, congé pour validation des acquis de l'expérience ...).

Vous acquérez la qualité de membre participant de La Mutuelle Générale à compter :

- **de la date d'effet du contrat** de prévoyance fixée au 1^{er} juillet 2021 si vous êtes présent dans les effectifs de ORANGE SA à cette date ;
- **du jour de votre entrée ou de votre retour** dans les effectifs de ORANGE SA.

Cessation des garanties

Vous cessez de bénéficier des garanties :

- à la date de résiliation du contrat. Dès que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets à titre individuel. Cependant, dans ce cas, tout membre participant qui en fait la demande pourra contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, l'un des contrats proposés à titre individuel par La Mutuelle Générale ;
- à la date de cessation définitive de fonctions, quel qu'en soit le motif ;

- le jour de la liquidation de votre pension civile (ou pension d'assurance vieillesse obligatoire pour les agents contractuels de droit public), sauf si vous remplissez les conditions énoncées au titre du cumul emploi/retraite ou si vous bénéficiez d'une rente d'invalidité avec maintien des garanties jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite sans anticipation ;
- en cas de suspension de fonctions.

Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit en cas de suspension de fonctions d'une durée supérieure ou égale à un mois, dès lors que vous ne percevez plus de revenu de la part de ORANGE SA ou de prestations en espèces de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale.

Il s'agit notamment des situations suivantes :

- détachement ;
- disponibilité ou absence de plus de trente jours non rémunérée, pour des raisons autres que médicales ;
- disponibilité ou congé sans traitement pour élever un enfant de moins de huit ans ;
- congé de solidarité familiale sans allocation journalière versée par ORANGE SA ;
- congé parental d'éducation ;
- congé de formation professionnelle non rémunéré.

Les garanties sont suspendues à compter de la date de suspension effective de l'activité.

La suspension des garanties s'achève à la date de reprise effective d'activité.

Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat

Les prestations incapacité ou invalidité en cours de service à la date de résiliation du contrat de prévoyance sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe « Revalorisation des prestations », dans les limites des garanties correspondantes telles que définies aux tableaux de prestations.



Les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et capital supplémentaire invalidité de la formule 2 sont maintenues lorsque le membre participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation ou non-renouvellement du contrat.

Le maintien des garanties cesse à la date à laquelle le membre participant :

- reprend une activité professionnelle à temps plein,
- ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des prestations en cas d'arrêt de travail,
- refuse de se soumettre au contrôle médical demandé par La Mutuelle Générale conformément aux dispositions prévues au paragraphe « Contrôle médical et administratif »,
- est reconnu apte, par le médecin-conseil de La Mutuelle Générale à reprendre une activité professionnelle à temps plein, quelle qu'elle soit conformément aux dispositions prévues au paragraphe « Contrôle » précité,
- liquide sa pension civile (ou pension d'assurance vieillesse obligatoire pour les agents contractuels de droit public) ou atteint l'âge légal de départ à la retraite en cas d'indemnisation au titre de l'invalidité,
- décède.

Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Garantie capital en cas de décès toutes causes

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement, en cas de décès du membre participant, et **sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « Exclusions des garanties »**, d'une prestation sous forme de capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), tel(s) que défini(s) ci-après.

Lorsque la prestation est calculée en fonction de la situation de famille, celle-ci est appréciée au regard de l'état civil et du nombre d'enfant(s) à charge tel(s) que défini(s) au glossaire à la date du décès.

Le montant de cette prestation est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

Attribution bénéficiaire

À défaut de désignation expresse de bénéficiaire(s) par le membre participant ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés et **à l'exception de la majoration pour enfant à charge telle que définie ci-après**, le capital en cas de décès est versé dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps judiciairement,
- à défaut, au partenaire survivant lié par un pacte civil de solidarité non dissous à la date du décès,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants, à défaut de l'un sa part revenant au survivant,
- à défaut, aux autres héritiers.

Si le membre participant ne souhaite pas attribuer le capital garanti selon la clause type ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite modifier le ou les bénéficiaire(s) (sous réserve de l'absence d'acceptation), il doit en faire la déclaration à La Mutuelle Générale, soit :

- au moyen d'un formulaire fourni par La Mutuelle Générale ou accessible sur l'Espace Adhérent,
- soit en transmettant une nouvelle désignation écrite sur papier libre, datée et signée par lui.

Cette désignation de bénéficiaire peut être effectuée par le membre participant au moment de son affiliation ou ultérieurement.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, sa part est versée aux bénéficiaires désignés restant par parts égales entre eux.

En cas de décès de tous les bénéficiaires, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué dans la clause type ci-dessus.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour permettre une identification du(des) bénéficiaire(s) désigné(s), le membre participant doit notamment indiquer, pour chacun d'entre eux, leurs nom et prénom, la date et le lieu de naissance.

Cette désignation ou modification d'un ou plusieurs bénéficiaires (sous réserve de l'absence d'acceptation) peut également être formalisée selon les actes suivants, à condition que cette désignation soit notifiée à La Mutuelle Générale :

- par un acte sous seing privé : acte écrit rédigé par des personnes privées elles-mêmes,
- par un acte authentique : acte rédigé par un officier public, tel qu'un notaire.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, et qu'elle a été effectuée dans les conditions prévues à l'article L.223-11 du Code de la mutualité, c'est-à-dire acceptation par :

- avenant tripartite signé par La Mutuelle Générale, le bénéficiaire et le membre participant,
- ou acte authentique ou sous seing privé, signé par le membre participant et le bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de La Mutuelle Générale que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de La Mutuelle Générale lui est inopposable.

La Mutuelle Générale attire l'attention du membre participant sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de bénéficiaire(s).

Attribution des majorations

La majoration pour enfant à charge est subordonnée à leur existence à la date du décès du membre participant.

La majoration à laquelle ouvre droit l'enfant revient à l'enfant lui-même.

Déclaration du décès et pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Le décès est déclaré à La Mutuelle Générale par ORANGE SA. Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- une attestation de ORANGE SA certifiant que le membre participant faisait toujours partie de ses effectifs à la date de l'événement ouvrant droit à prestation et précisant la rémunération de référence à prendre en considération pour le calcul de cette prestation,
- le formulaire de demande de prestation dûment complété,
- un extrait d'acte de décès,
- le dernier avis d'imposition du défunt,
- le ou les RIB du ou des bénéficiaires,

- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille du membre participant,
- toute pièce complémentaire que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire.

Déchéance de garantie

En application des dispositions de l'article L.223-23 du Code de la mutualité, le contrat cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au membre participant.

Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au chapitre « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse :

- à la date de cessation des garanties telle que mentionnée ci-avant,
- à la date à laquelle La Mutuelle Générale verse la prestation prévue en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, à l'exception de la garantie rente de conjoint,
- à l'âge légal de départ à la retraite en cas d'indemnisation au titre de l'invalidité.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

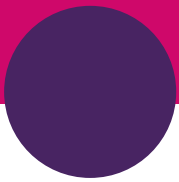
Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement par anticipation et sur demande du membre participant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie ou de son représentant légal, **sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « Exclusions des garanties »**, du capital prévu au titre de la garantie décès toutes causes.

Est considéré en perte totale et irréversible d'autonomie, le membre participant qui par suite d'une maladie ou d'un accident est atteint d'une infirmité totale et permanente l'empêchant définitivement de se livrer à une quelconque activité et se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

En outre, son état de santé doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

L'état de perte totale et irréversible d'autonomie est apprécié par le médecin-conseil de La Mutuelle Générale indépendamment des décisions du régime obligatoire d'assurance maladie.



Le versement de cette prestation met fin à la garantie décès toutes causes, à l'exception de la garantie rente de conjoint.

Païement de la prestation

La prestation garantie est payable au membre participant et est exigible dès la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par La Mutuelle Générale.

Il est précisé que les éventuelles majorations auxquelles ouvrent droit les enfants à charge reviennent aux intéressés eux-mêmes.

Pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- une demande de paiement par anticipation du capital décès,
- un certificat médical attestant que l'invalidité du membre participant est totale et définitive, qu'elle l'empêche définitivement de se livrer à quelque activité que ce soit,
- un bulletin de présence dans un établissement de long séjour ou spécialisé ou toute pièce justifiant le recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- une attestation de ORANGE SA certifiant que le membre participant faisait toujours partie de ses effectifs à la date de son arrêt de travail et précisant la rémunération à prendre en considération pour le calcul de la prestation,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille du membre participant, notamment, les justificatifs du nombre d'enfants à charge à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation, une copie du livret de famille comprenant les mentions marginales ou une copie du PACS, une copie des cartes d'identité des personnes ouvrant droit éventuellement à des majorations,
- toute pièce que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire pour le règlement du capital.

Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au chapitre « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse dans les conditions prévues au chapitre « Cessation des garanties ».

Double effet

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une prestation, en cas de décès du conjoint (personne avec laquelle le membre participant était marié au jour de son décès) simultanément (c'est-à-dire dans les 24 heures qui suivent ou précèdent celui du membre participant) ou postérieurement à celui du membre participant, au profit des enfants considérés comme à charge à la date du décès du membre participant, sous réserve des dispositions cumulatives suivantes :

- que le conjoint du membre participant soit âgé de moins de 60 ans,
- que le ou les enfant(s) à charge à la date du décès du membre participant demeur(ent) encore à charge fiscale du conjoint à la date de son décès,
- que le contrat soit toujours en vigueur à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation.

Païement de la prestation

Le montant de la prestation versée sous forme de capital est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » et est réparti par parts égales entre chaque enfant à charge.

Il est précisé que le capital supplémentaire éventuellement versé en cas de décès consécutif à un accident n'entre pas dans le calcul de la présente prestation.

Pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- l'acte de décès du conjoint,
- le livret de famille,
- tout document prouvant la situation de famille du membre participant et celle de son conjoint,
- tout document prouvant l'identité des bénéficiaires,
- le ou les RIB des bénéficiaires,
- toutes pièces complémentaires que La Mutuelle Générale jugerait nécessaires.

Cessation de la garantie

La garantie cesse pour le conjoint du membre participant, le jour :

- de son remariage ou de la conclusion d'un PACS,
- de son 60^e anniversaire,
- de la résiliation du contrat.

Décès consécutif à un accident

Objet de la garantie

La garantie a pour objet, en cas de décès d'un membre participant consécutif à un accident tel que défini ci-après, le versement **sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « Exclusions des garanties »**, d'une prestation supplémentaire sous forme de capital.

On entend par accident toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle de la part du membre participant provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accidentels les dommages résultant d'un accident médical ou chirurgical.

La garantie s'applique sous réserve que le décès survienne, au plus tard dans les douze mois suivant la date de l'accident et que le contrat soit toujours en vigueur, sous réserve des situations de maintien de la garantie décès.

Il est rappelé que conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès du membre participant.

Païement de la prestation

Le règlement de la prestation est effectué aux mêmes conditions que celles prévues au titre de la garantie décès toutes causes.

Le montant de cette prestation est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) de la garantie décès toutes causes.

Pièces à fournir à la demande de paiement de prestation

Outre les pièces demandées au titre de la garantie décès toutes causes, la preuve de l'accident, de sa nature et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès doit être apportée à La Mutuelle Générale par tout document. Toute pièce comportant des informations de nature médicale doit être adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de La Mutuelle Générale.

Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au chapitre « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse dans les conditions prévues au chapitre « Cessation des garanties ».

Infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident

Objet de la garantie

La garantie a pour objet, en cas d'infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident **dont le taux est supérieur à 30 %**, le versement au profit du membre participant, d'un capital dont le montant est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

Le barème servant à fixer le taux d'infirmité est annexé à la présente notice d'information.

La garantie s'applique sous réserve que l'infirmité survienne, au plus tard dans les douze mois suivant la date de l'accident et que le contrat soit toujours en vigueur, sous réserve des situations de maintien de la garantie décès.

Il est rappelé que conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'infirmité du membre participant.

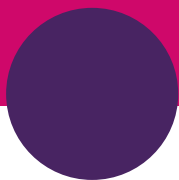
Païement de la prestation

La prestation garantie est payable au membre participant et est exigible dès la reconnaissance de l'infirmité permanente totale ou partielle ainsi que de son taux d'infirmité par le médecin conseil de La Mutuelle Générale.

Pièces à fournir à la demande de paiement de prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- un certificat médical décrivant la nature des infirmités ainsi que le lien avec l'accident ;
- le procès-verbal de l'accident (rapport de police) ;
- un état de la rémunération brute perçue au cours des douze derniers mois d'activité ;
- toute pièce complémentaire que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire.



Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au chapitre « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse dans les conditions prévues au chapitre « Cessation des garanties ».

Rente éducation

Objet de la garantie

La garantie a pour objet, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant, le versement au profit de chacun des enfants à charge à la date de l'événement, tels que définis au glossaire, d'une rente temporaire immédiate, dont le montant annuel est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

Cette rente est fixée uniformément quel que soit l'âge de l'enfant.

Paiement de la rente

La rente temporaire d'éducation est payable à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès du membre participant et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente temporaire d'éducation est versée à l'enfant lui-même ou à son représentant légal.

Cessation du versement de la rente

Cette rente cesse d'être due le dernier jour du trimestre civil :

- au cours duquel l'enfant ne répond plus à la définition d'enfant à charge,
- précédant celui au cours duquel l'enfant décède.

Pièces à fournir à la demande de paiement de prestation

Outre celles demandées au titre de la garantie décès toutes causes, les pièces suivantes doivent être transmises à La Mutuelle Générale pour les enfants appelés à bénéficier de la rente éducation et selon le cas :

- un certificat de scolarité de l'année en cours,
- une copie de l'avis d'imposition du représentant légal du ou des enfants de l'année N-2 précédant la date de l'évènement ouvrant droit à prestation,

- le RIB du/des enfants ou du représentant légal,
- une attestation de jugement de tutelle pour les enfants mineurs, les enfants orphelins de père et de mère, et les enfants majeurs protégés,
- pour les majeurs protégés, une attestation d'allocation aux adultes handicapés,
- toute pièce complémentaire que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire.

Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au chapitre « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse dans les conditions prévues au chapitre « Cessation des garanties ».

Rente de conjoint

Objet de la garantie

La garantie prévoit, en cas de décès du membre participant marié et non séparé de corps judiciairement, le versement d'une rente viagère immédiate au conjoint, complétée le cas échéant, d'une rente d'attente temporaire.

Les montants garantis et le mode de calcul des prestations sont précisés aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

Décès du membre participant marié et non séparé de corps judiciairement

- La rente viagère immédiate

La rente viagère immédiate est versée au conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement.

Le montant annuel de la rente est déterminé à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation et est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

- La rente d'attente temporaire

Si à la date du décès du membre participant, le conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement ne remplit pas les conditions d'ouverture de droits à la pension de réversion, une rente d'attente temporaire lui est versée en complément de la rente viagère immédiate.

Le montant annuel de la rente est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

Païement des rentes

Les rentes sont payables à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès du membre participant et l'échéance trimestrielle suivante.

Cessation du versement des rentes

- Cessation du versement de la rente viagère

Le dernier arrérage est servi le dernier jour du trimestre civil précédant celui au cours duquel le bénéficiaire de la rente :

- se remarie,
- conclut un Pacs avec une autre personne,
- décède.

- Cessation du versement de la rente d'attente temporaire

Cette rente cesse d'être due à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire :

- perçoit une pension de réversion,
- atteint son 55^e anniversaire,
- se remarie,
- conclut un Pacs avec une autre personne,
- décède.

Pièces à fournir à la demande de paiement de prestation

Outre celles demandées au titre de la garantie décès toutes causes, les pièces suivantes doivent être transmises à La Mutuelle Générale :

- le formulaire de déclaration sur l'honneur attestant de la situation matrimoniale, transmis par La Mutuelle Générale,
- une copie de l'avis d'imposition du conjoint de l'année N-2 précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestation,
- le RIB du conjoint,
- toute pièce complémentaire que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire.

Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au chapitre « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse dans les conditions prévues au chapitre « Cessation des garanties ».

Prédécès du conjoint ou d'un enfant à charge

Objet de la garantie

La garantie a pour objet en cas de décès du conjoint, partenaire ou concubin du membre participant ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans ou plus et sous réserve que le membre participant soit vivant lors de la survenance de cet événement, le versement d'un capital dont le montant est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

Pièces à fournir à la demande de paiement de prestation

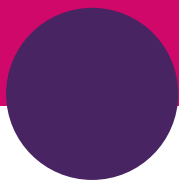
Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- une attestation de ORANGE SA certifiant que le membre participant faisait toujours partie de ses effectifs à la date de l'événement ouvrant droit à prestation et indiquant la rémunération de référence à prendre en considération pour le calcul de cette prestation,
- le formulaire de demande de prestation dûment complété,
- un extrait d'acte de décès du conjoint, partenaire ou concubin du membre participant ou de l'enfant à charge âgé de 12 ans ou plus,
- le RIB du membre participant bénéficiaire du capital,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille du conjoint, partenaire ou concubin du membre participant ou de l'enfant à charge âgé de 12 ans ou plus,
- toute pièce complémentaire que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire.

Cessation de la garantie

Outre les cas de cessation prévus au chapitre « Cessation de l'adhésion », cette garantie prend fin :

- à la date à laquelle le conjoint, partenaire ou concubin ou l'enfant à charge âgé de 12 ans ou plus perd cette qualité ;
- à la date du décès du membre participant.



Allocation obsèques

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une allocation, en cas de décès des personnes garanties (membre participant, conjoint, partenaire ou concubin, enfant(s) à charge **âgé(s) de 12 ans ou plus**).

Les personnes garanties et le montant de l'allocation sont indiqués aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » ci-après.

Il est précisé qu'aucune prestation n'est versée en cas de décès d'un enfant à charge âgé de moins de 12 ans.

Paiement de la prestation

L'allocation est versée **dans la limite des frais réels** sur présentation de la facture. Cette allocation est versée à la personne ayant réglé les frais.

Pièces à fournir à la demande de paiement de prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- un extrait de l'acte de décès du défunt garanti,
- une copie de la facture détaillée acquittée des frais d'obsèques,
- tout document prouvant l'identité du défunt,
- le RIB de la personne ayant engagé les frais,
- toute pièce complémentaire que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire.

Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au chapitre « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse dans les conditions prévues au chapitre « Cessation des garanties » et en tout état de cause :

- **pour le conjoint :**
 - à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire.
- **pour le partenaire :**
 - à la date de rupture du Pacte Civil de Solidarité.
- **pour le concubin :**
 - à la date à laquelle il perd la qualité de concubin au regard des conditions définies au glossaire.
- **pour les enfants :**
 - à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition d'enfants à charge.

Les différentes formules des garanties décès

FORMULE 1 « ÉQUILIBRE »

Cette formule associe de façon équilibrée tous les types de garanties :

- « Capital » ;
- « Rente de conjoint » ;
- « Rente éducation ».

La formule 1 s'applique :

- si vous l'avez choisie,
- si vous entrez nouvellement dans les effectifs de ORANGE SA et que vous n'avez pas encore fait connaître votre choix,
- à défaut de choix exprimé.

FORMULE 2 « CAPITAL »

Cette formule privilégie les garanties sous forme de capital et des capitaux décès majorés.

En contrepartie, elle ne prévoit ni rente de conjoint, ni rente éducation.

Outre les capitaux décès majorés, cette formule comprend également le versement d'un capital :

- au fonctionnaire atteint d'une invalidité telle que définie aux articles L.27 et L.29 du Code de pensions civiles et militaires de retraite ;
- à l'agent contractuel de droit public atteint d'une invalidité de 2^e ou 3^e catégorie.

FORMULE 3 « RENTE DE CONJOINT »

Cette formule privilégie les rentes de conjoint : rente temporaire et rente viagère.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rente éducation et les capitaux en cas de décès sont réduits.

FORMULE 4 « RENTE ÉDUCATION »

Cette formule associe une garantie importante en rente éducation et des capitaux en cas de décès.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rente de conjoint.

Modalités de choix de formule

Quand choisir la formule ?

Pour permettre une mise en œuvre effective du contrat à sa date d'effet, vous avez la possibilité d'effectuer votre choix de formule entre le 18 mai et le 30 juin 2021. Vous disposez d'un délai de deux mois à compter de votre entrée dans les effectifs de ORANGE SA pour choisir l'une des quatre formules.

Comment modifier votre choix ?

Ultérieurement, vous avez la possibilité de modifier votre choix en cas de changement de votre situation familiale (exemples: naissance ou adoption d'un enfant, enfant qui perd la qualité d'enfant à charge, mariage ou divorce, conclusion ou rupture d'un PACS, mise en concubinage ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire ou concubin, ou d'un enfant à charge), **sous réserve d'adresser le formulaire correspondant ainsi que les justificatifs nécessaires** à La Mutuelle Générale dans un délai de 2 mois suivant l'évènement. Tout changement de formule non porté à la connaissance de la Mutuelle Générale lui est inopposable.

En dehors de ces cas, vous pouvez modifier votre choix au 1^{er} janvier des années impaires (1^{er} janvier 2023, 2025...), à condition de ne pas être en incapacité de travail ou en invalidité au 1^{er} janvier de l'année considérée et de faire le nécessaire auprès de La Mutuelle Générale au cours du mois de décembre précédent.

En tout état de cause, le changement de formule après le paiement des prestations dues au titre de la garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est impossible.

La Formule 1 « Équilibre » est appliquée si vous n'avez pas expressément choisi une formule.

Si vous avez choisi la Formule 2 « Capital », le capital supplémentaire prévu en cas d'invalidité n'est pas versé si la reconnaissance de l'invalidité est survenue avant le choix de cette formule.

Tableaux des garanties en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

GARANTIES	FORMULE 1 ÉQUILIBRE	FORMULE 2 CAPITAL	FORMULE 3 RENTE DE CONJOINT	FORMULE 4 RENTE ÉDUCATION
MONTANT DE LA PRESTATION EN % DE LA RÉMUNÉRATION ANNUELLE BRUTE (*) LIMITÉE À LA T2 (**)				
DÉCÈS DU MEMBRE PARTICIPANT				
En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant, versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), d'un capital égal à :				
PARTENAIRE DE PACS, CONCUBIN, CÉLIBATAIRE, VEUF, DIVORCÉ <ul style="list-style-type: none"> Membre participant, célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps judiciairement, lié par un PACS ou vivant en concubinage Majoration par enfant à charge 	260 %	430 %	190 %	340 %
	sous déduction d'un capital forfaitaire de 10 416 €			
	70 %	110 %	40 %	70 %
	sous déduction d'un capital forfaitaire de 833,36 € par enfant à charge de moins de 21 ans			
MARIÉ <ul style="list-style-type: none"> Membre participant marié Majoration par enfant à charge 	100 %	170%	65%	80%
	sous déduction d'un capital forfaitaire de 10 416 €			
	70 %	110 %	40 %	70 %
	sous déduction d'un capital forfaitaire de 833,36 € par enfant à charge de moins de 21 ans			
DÉCÈS DU CONJOINT : DOUBLE EFFET				
En cas de décès du conjoint marié au membre participant survenant simultanément ou postérieurement au décès de ce dernier, versement d'un capital réparti par parts égales entre chaque enfant demeuré à charge et égal à (en pourcentage du capital versé en cas de décès du membre participant) :	100 %	100 %	100 %	100 %
DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT				
En cas de décès consécutif à un accident, versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), d'un capital supplémentaire égal à :				
<ul style="list-style-type: none"> Membre participant, quelle que soit sa situation matrimoniale 	260 %	430 %	190 %	410 %
<ul style="list-style-type: none"> Majoration par enfant à charge 	70 %	–	–	–
INFIRMITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT				
En cas d'infirmité permanente totale ou partielle du membre participant, consécutivement à un accident, si taux d'infirmité est supérieur à 30 %, versement à ce dernier d'un capital égal à :	–	taux d'infirmité déterminé x 430 %	taux d'infirmité déterminé x 170 %	taux d'infirmité déterminé x 410 %

Tableaux des garanties en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie (suite)

GARANTIES	FORMULE 1 ÉQUILIBRE	FORMULE 2 CAPITAL	FORMULE 3 RENTE DE CONJOINT	FORMULE 4 RENTE ÉDUCATION
RENTE DE CONJOINT				
En cas de décès du membre participant marié et non séparé de corps judiciairement, versement au conjoint survivant d'une rente annuelle égale à :				
• Rente viagère immédiate	0,45 % * (65 - X)	–	0,70 % * (65 - X)	–
• Rente d'attente temporaire	–	–	0,15 % * (X - 25)	–
X représente l'âge du membre participant à la date de son décès (différence entre le millésime de l'année au cours de laquelle le décès s'est produit et le millésime de l'année de naissance).				
RENTE ÉDUCATION				
En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant, versement, au profit de chacun des enfants à charge, d'une rente temporaire immédiate d'un montant annuel égal à :	10 %	–	–	30 %
ALLOCATION OBSÈQUES				
En cas de décès du membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin du membre participant ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans ou plus , versement à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques, d'une allocation égale à :	–	80 % PMSS	80 % PMSS	80 % PMSS
		dans la limite des frais réellement engagés		
PRÉDÉCÈS DU CONJOINT OU D'UN ENFANT À CHARGE				
En cas de décès du conjoint, partenaire ou concubin du membre participant ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans ou plus, antérieurement à celui du membre participant, versement d'un capital égal à :				
• Décès du conjoint, partenaire ou concubin	16 %	16 %	16 %	16 %
• Décès d'un enfant à charge âgé de 12 ans ou plus	8 %	8 %	8 %	8 %

* À l'exclusion de la garantie Allocation obsèques, exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

** La rémunération annuelle brute de référence est définie au paragraphe « Base de calcul des prestations ».

Garanties en cas d'arrêt de travail

Garantie en cas d'incapacité temporaire de travail

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières, à l'issue d'une période dite de « franchise », en cas d'incapacité temporaire totale de travail du membre participant **donnant lieu à prise en charge par ORANGE SA en application du statut de la Fonction publique ou à indemnisation par le Régime obligatoire d'assurance maladie.**

On entend par incapacité temporaire totale de travail, toute incapacité temporaire consécutive à une maladie ou un accident mettant le membre participant dans l'impossibilité totale physique ou psychique, constatée médicalement par une autorité compétente, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation. La franchise est continue ou discontinue.

La franchise continue est atteinte lorsque la durée de l'arrêt de travail ininterrompu du membre participant est supérieure à la durée de la franchise fixée.

La franchise discontinue est calculée en tenant compte des arrêts de travail survenus dans les 365 jours précédant immédiatement le point de départ de l'arrêt de travail en cours. Étant entendu qu'il est pris en compte dans le calcul de ce délai de franchise, les arrêts de travail survenus dans les 365 jours précédant la mise en place du contrat.

La franchise est fixée à 45 jours d'arrêt de travail continus ou discontinus.

Cas du travail à temps partiel thérapeutique

Lorsqu'après une incapacité temporaire totale de travail, le membre participant reprend au sein d'ORANGE SA une activité partielle autorisée médicalement et donnant lieu à prise en charge par ORANGE SA en application du statut de la Fonction publique ou à indemnisation par le Régime obligatoire d'assurance maladie ainsi qu'à une rémunération réduite, il est versé au membre participant des indemnités calculées de manière à compléter les prestations perçues et la rémunération réduite versée

par ORANGE SA à concurrence de la rémunération nette qu'aurait perçue le membre participant s'il avait travaillé à temps complet.

Le versement des indemnités complémentaires est également garanti en cas d'activité à temps partiel thérapeutique non consécutive à une période d'incapacité temporaire complète de travail dès lors qu'elle donne lieu à prise en charge par ORANGE SA en application du statut de la Fonction publique ou à indemnisation par le Régime obligatoire d'assurance maladie et au terme de la période de franchise applicable au risque incapacité temporaire totale de travail.

Indemnités journalières servies aux membres participants fonctionnaires

La Mutuelle Générale verse des indemnités journalières à l'issue du délai de franchise prévu aux tableaux des garanties en cas d'incapacité temporaire de travail :

- en période de congé maladie,
- en période de disponibilité d'office pour raison de santé ou de congé pour maladie sans traitement avec prestations en espèces de l'assurance maladie de la Sécurité sociale servies par ORANGE SA,
- en période de disponibilité d'office pour raison de santé ou de congé sans traitement avec prestations en espèces de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale servies par ORANGE SA jusqu'à reprise des fonctions, mise à la retraite pour invalidité ou pour ancienneté.

Le versement des indemnités journalières complémentaires prend fin à l'issue de la troisième année de mise en disponibilité d'office pour raison de santé. Toutefois, le versement des indemnités journalières complémentaires est maintenu pendant une année maximum au-delà de la troisième année sur production d'une attestation de la Commission de réforme certifiant que le membre participant, inapte à reprendre son service, doit normalement pouvoir reprendre ses fonctions au cours de la quatrième année de mise en disponibilité d'office pour raison de santé.

Indemnités journalières complémentaires servies aux membres participants agents contractuels de droit public

La Mutuelle Générale verse des indemnités journalières complémentaires aux membres participants percevant :

- soit des prestations en espèces versées par ORANGE SA et à l'issue de la période de franchise ;
- soit des prestations en espèces versées par leur régime obligatoire d'assurance maladie.

La Mutuelle Générale verse aux agents contractuels de droit public des indemnités journalières complémentaires durant la période comprise entre la fin des droits à prestations en espèce de l'assurance maladie obligatoire et la fin d'un délai de 3 ans à compter de la mise en congé sans traitement.

Calcul et modalités de paiement de la prestation

Pour le calcul des indemnités journalières complémentaires dues, les mois sont uniformément comptés de 30 jours.

La rémunération annuelle brute servant de référence pour le calcul des indemnités journalières complémentaires est celle utilisée pour déterminer l'assiette des cotisations. Celle-ci s'entend par l'ensemble des éléments de rémunération en espèce ou en nature (hors éléments tels que l'intéressement, la participation, l'abondement). Cette rémunération est limitée à la tranche 2.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées mensuellement à terme échu, et au plus tôt au terme de la période de franchise prévue au titre de la garantie en cas d'incapacité temporaire totale de travail, sous réserve de la réception des informations nécessaires.

Tant que le membre participant n'a pas cessé définitivement ses fonctions, les indemnités journalières sont versées au membre participant par le biais de ORANGE SA. La Mutuelle Générale est valablement libérée à l'égard du membre participant par le règlement des indemnités journalières effectué à ORANGE SA. Celle-ci s'engageant à les reverser au bénéficiaire.

Dès la cessation de ses fonctions, La Mutuelle Générale verse directement au membre participant la prestation qui lui est due.

Tableau des garanties en cas d'incapacité temporaire de travail

GARANTIES	MONTANT DE LA PRESTATION
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
En cas d'incapacité temporaire totale de travail du membre participant, versement d'une indemnité journalière égale à :	
<ul style="list-style-type: none"> • En période de congé maladie jusqu'au terme de la période à demi-traitement • En période de congé d'invalidité temporaire imputable au service 	100 % de la rémunération nette de référence sous déduction des prestations nettes du "régime socle" et majoré des contributions et cotisations salariales dues par le fonctionnaire sur les indemnités journalières complémentaires, au prorata de la participation patronale.
Cette indemnité journalière est versée à compter du 46^e jour d'arrêt de travail résultant d'arrêts consécutifs ou non survenus au cours des 365 jours précédents.	
<ul style="list-style-type: none"> • En période de disponibilité d'office pour raison de santé ou de congé sans traitement avec prestation en espèces de l'assurance maladie du régime spécial de Sécurité sociale. 	100 % de la rémunération nette de référence, sous déduction des prestations Sécurité sociale nettes de contributions et majoré des contributions et cotisations salariales dues par le fonctionnaire sur les indemnités journalières complémentaires, au prorata de la participation patronale.
<ul style="list-style-type: none"> • En période de disponibilité d'office pour raison de santé ou de congé sans traitement avec prestation en espèces de l'assurance invalidité du régime spécial de Sécurité sociale. 	100 % de la rémunération nette de référence, sous déduction de la pension d'invalidité Sécurité sociale nette de contributions et majoré des contributions dues sur la rente complémentaire.

Garantie en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente totale ou partielle

Objet de la garantie

La garantie invalidité a pour objet le versement d'une rente complémentaire en cas d'invalidité du membre participant.

Pour les fonctionnaires, l'invalidité permanente est définie par les articles L.27 et L.29 du Code des pensions civiles et militaires de retraite.

Pour les agents contractuels de droit public, l'état d'invalidité doit correspondre à l'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

Calcul et paiement de la prestation

La rente d'invalidité est versée dès la reconnaissance de l'invalidité et trimestriellement à terme échu.

La rente d'invalidité, accordée pour un an, est renouvelée sous réserve de fournir chaque année à La Mutuelle Générale le justificatif du renouvellement de la notification d'invalidité permanente.

Elle est révisée en cas de modification du total des ressources ou supprimée si le bénéficiaire reprend son travail ou un travail rémunéré quelconque, salarié ou non.

Base de calcul des prestations en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente totale ou partielle

L'assiette de calcul de la rente d'invalidité est définie au paragraphe « Base de calcul des prestations ». En tout état de cause, la rémunération annuelle brute servant de référence pour le calcul de la rente est celle utilisée pour déterminer l'assiette des cotisations.

Tableau des garanties en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente totale ou partielle

GARANTIES	MONTANT DE LA PRESTATION
INVALIDITÉ OU INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE	
À la date de liquidation de la pension d'invalidité par anticipation et jusqu'à la date théorique de liquidation des droits à la retraite (âge légal de départ à la retraite, sans anticipation), versement d'une rente égale à :	100 % de la rémunération nette de référence, sous déduction de la pension pour invalidité nette de contributions.
Pour les agents contractuels de droit public, en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente totale ou partielle consécutive à une maladie ou à un accident, versement d'une rente égale à : <ul style="list-style-type: none">• 2^e et 3^e catégories ou taux d'incapacité au moins égal à 66 %• 1^{re} catégorie ou taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 %	100 % de la rémunération nette de référence, sous déduction de la pension d'invalidité Sécurité sociale nette de contributions et majoré des contributions dues sur la rente complémentaire 50 % de la rémunération brute *, dans la limite de 100 % de la rémunération nette de référence, toutes rémunérations confondues.
Capital supplémentaire versé au titre de la « Formule 2 » ** : <ul style="list-style-type: none">• en cas d'invalidité telle que définie aux articles L.27 et L.29 du Code de pensions civiles et militaires de retraite ou• en cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie	100 % de la rémunération brute *.

* La rémunération brute de référence est définie au paragraphe « Base de calcul des prestations ».

** À la condition que la reconnaissance de l'invalidité soit survenue après le choix de la formule 2 « Capital ».

Dispositions communes aux garanties en cas d'arrêt de travail

Cumul des prestations

Les prestations versées en application du contrat, éventuellement revalorisées dans les conditions prévues au paragraphe « Revalorisation des prestations », ne peuvent en s'ajoutant à celles de même nature servies par le régime obligatoire d'assurance maladie ou par tout autre organisme de prévoyance complémentaire dans le cadre d'une adhésion collective ou individuelle, et éventuellement aux rémunérations perçues, excéder le montant de la rémunération nette de référence. La rémunération nette de référence est égale à la rémunération brute, telle que définie au paragraphe « Base de calcul des prestations », déduction faite des cotisations sociales mises à votre charge.

Informations à fournir à la demande de la prestation

La déclaration d'arrêt de travail incombe à ORANGE SA qui est tenu d'en informer La Mutuelle Générale dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent la date d'expiration de la franchise. Cette déclaration doit comporter à minima les informations suivantes :

- le montant des prestations en espèces servies par ORANGE SA ou le régime obligatoire d'assurance maladie ou le service des pensions,
- le montant des prestations servies par tout autre organisme. Il est précisé, s'agissant du versement des indemnités journalières complémentaires que le membre participant doit justifier de sa situation au regard d'une éventuelle prise en charge préalable par un organisme complémentaire.

Cette justification est adressée par le membre participant à ORANGE SA ou par l'intermédiaire de La Mutuelle Générale. Elle consiste à transmettre les pièces justificatives mentionnant le montant de l'indemnisation perçue par ailleurs, et à défaut une attestation sur l'honneur de non-couverture.

- la rémunération nette de référence,
- toute information que La Mutuelle Générale jugerait nécessaire pour le règlement de la prestation.

Fin des droits aux prestations incapacité/invalidité

Le versement des prestations cesse pour le membre participant :

- le jour où il ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des indemnités journalières ou de la pension d'invalidité versées par le régime obligatoire d'assurance maladie ou ORANGE SA ;
- le jour de sa date de reprise d'une activité ;
- à l'âge légal de départ à la retraite sans anticipation en cas de retraite pour invalidité ;
- le jour de la liquidation de la pension civile (ou pension d'assurance vieillesse obligatoire pour les agents contractuels de droit public) dans les autres cas ;
- et en tout état de cause, le jour de son décès.

Les prestations restant dues jusqu'à la date du décès sont versées à la succession.

Dispositions diverses

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait que du jour où La Mutuelle Générale en a eu connaissance ;

2° 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 votre action ou celle du bénéficiaire contre La Mutuelle Générale 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 vous ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour la garantie décès, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Toutefois, pour la garantie décès, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter de votre décès.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par :

- **les causes ordinaires d'interruption de la prescription :**
 - la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
 - la demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle 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
 - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- **la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;**
- **l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par La Mutuelle Générale au Souscripteur, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par vous, le bénéficiaire ou l'ayant droit à La Mutuelle Générale, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

Subrogation

Conformément aux dispositions prévues à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, La Mutuelle Générale est subrogée dans vos droits et actions contre les tiers responsables à concurrence de toute prestation à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

Base de calcul des prestations

L'assiette de calcul des prestations est égale à la rémunération brute perçue par le membre participant au cours des 12 derniers mois précédant l'événement ouvrant droit à prestation.

Cette rémunération brute est limitée à la tranche 2.

La tranche 2 des rémunérations correspond à la partie de la rémunération comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois ce plafond.

En tout état de cause, l'assiette de calcul des prestations doit correspondre à la base de calcul de la cotisation.

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue au premier alinéa en raison par exemple, d'une ancienneté inférieure à 12 mois, d'un arrêt de travail ou d'un congé maternité ou paternité, la rémunération de référence visée ci-dessus est reconstituée sur la base de la rémunération du ou des derniers mois civils d'activité, ayant donné lieu à cotisation, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle brute que le membre participant aurait perçue s'il avait totalisé 12 mois d'ancienneté.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un membre participant ou ancien membre participant en arrêt de travail et indemnisé par le régime spécial de Sécurité sociale, la prestation a pour base la rémunération brute perçue par le membre participant lors des 12 derniers mois civils d'activité précédant l'arrêt de travail initial, et est revalorisée dans les conditions prévues ci-après.

Revalorisation des prestations et de la rémunération de référence

Les prestations ou la rémunération de référence sont revalorisées selon l'évolution du point AGIRC-ARRCO dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation constitué par La Mutuelle Générale au titre du contrat.

Revalorisation des prestations dues en cas d'arrêt de travail

Les prestations dues en cas d'arrêt de travail sont revalorisées, le 1^{er} janvier de chaque année, du taux de revalorisation correspondant.

La première revalorisation a lieu le 1^{er} janvier suivant le 181^e jour d'arrêt de travail continu.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

En cas de résiliation du contrat, les prestations ne sont plus revalorisées et continuent d'être versées au niveau atteint à la date de résiliation. Cependant en cas de conservation du fonds de revalorisation par La Mutuelle Générale, les prestations continueront à être revalorisées dans la limite des disponibilités de ce fonds.

Revalorisation des rentes de conjoint et éducation

Les rentes sont revalorisées le 1^{er} janvier de chaque année du taux de revalorisation correspondant, dès le 1^{er} janvier suivant le 181^e jour qui suit la date du décès du membre participant, ou la date d'exigibilité de la prestation due en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base, à chaque échéance trimestrielle.

En cas de résiliation du contrat, les prestations ne sont plus revalorisées et continuent d'être versées au niveau atteint à la date de résiliation. Cependant en cas de conservation du fonds de revalorisation par La Mutuelle Générale, les prestations continueront à être revalorisées dans la limite des disponibilités de ce fonds.

Revalorisation des capitaux versés en cas de décès

Le capital versé en cas de décès est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception par La Mutuelle Générale des pièces nécessaires au paiement du capital dû au(x) bénéficiaire(s) ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité. Cette revalorisation s'effectue dans les conditions prévues à l'article R.223-9 du Code de la mutualité.

Revalorisation de la rémunération de référence

La revalorisation s'applique à la rémunération de référence servant de base de calcul en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie pour les membres participants en arrêt de travail bénéficiant du maintien des garanties décès.

La revalorisation s'applique également à la rémunération de référence servant de base de calcul de la rente d'invalidité.



Plafonds de garantie

En cas de décès, d'incapacité, d'invalidité ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un membre participant, les capitaux et les capitaux constitutifs de rentes sont limités à un montant de 8 000 000 euros. Si un même événement entraîne le décès ou la constatation de perte totale et irréversible d'autonomie d'au moins trois membres participants dans les six mois de sa survenance, les engagements de La Mutuelle Générale pour l'ensemble des capitaux et des capitaux constitutifs de rentes versées ou garanties au titre de cet événement, se limiteront à un montant de 20 000 000 euros.

Exclusions des garanties

Exclusions liées aux garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Sont exclus au titre des garanties :

- **Décès toutes causes :**
 - le suicide, survenant la première année d'adhésion du membre participant.
Toutefois, la garantie est accordée au membre participant dont le suicide survient moins d'un an après son adhésion au contrat, dès lors que celle-ci fait suite à une précédente adhésion à un régime de prévoyance garantissant le risque décès et qui justifie à la date du décès et avec le présent contrat d'une adhésion continue d'un an ou plus.
 - le décès consécutif à une guerre civile ou étrangère, acrobaties, vols d'essais, vol sur engins ou matériel non munis d'un Certificat de navigabilité.
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :**
 - tout fait intentionnel de la part du membre participant ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique,
 - la perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à une guerre civile ou étrangère.
- **Décès consécutif à un accident :**
 - tout fait intentionnel de la part du membre participant ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique,
 - accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une émeute, une insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, si le membre participant y prend une part active,
 - la participation à des paris, courses, tentatives de records, sauf compétitions sportives réalisées à titre amateur selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré,

- la pratique de la navigation aérienne, lorsque le membre participant se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas le brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être le membre participant.

Exclusions liées aux garanties en cas d'arrêt de travail

Les garanties en cas d'arrêt de travail ne s'appliquent pas en cas :

- de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de blessures ou de lésions provenant, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, de mouvements populaires, de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de rixes, dans lesquels le membre participant a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- de concours de vitesse, courses, matchs, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).

Contrôle médical et administratif

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, La Mutuelle Générale peut faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Les contrôles pourront être réalisés même après résiliation du contrat tant que La Mutuelle Générale verse des prestations.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives ou s'il est constaté que les pièces communiquées sont erronées ou falsifiées.

Contrôle médical

Dans le cadre du contrôle médical, La Mutuelle Générale mandate un médecin à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de votre état de santé.

À tout moment, les médecins mandatés par La Mutuelle Générale pourront, si vous êtes en arrêt de travail ou en invalidité, effectuer une expertise médicale afin de constater votre état de santé. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Les honoraires du médecin mandaté chargé du contrôle, ainsi que les examens complémentaires demandés par ce dernier, sont supportés par La Mutuelle Générale.

En cas de contestation médicale, vous pourrez désigner un médecin afin que celui-ci et le médecin-conseil de La Mutuelle Générale recherchent une position commune en vue de déterminer si votre état de santé répond aux conditions de versement des prestations prévues au contrat.

À défaut d'accord, La Mutuelle Générale invitera son médecin-conseil et votre médecin à désigner un médecin tiers expert, lequel émettra un avis.

L'accord éventuel des parties sur l'avis du médecin tiers-expert sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

À défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers-expert, la désignation sera effectuée sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de La Mutuelle Générale. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du médecin tiers-expert ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Contrôle administratif

La Mutuelle Générale peut également, à tout moment, effectuer elle-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'elle estime utiles, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Il est précisé que l'envoi de pièces justificatives erronées ou falsifiées dont l'objectif est d'obtenir le paiement de prestations pourra donner lieu à l'engagement de poursuites judiciaires par La Mutuelle Générale à votre rencontre.

Réclamation et médiation

- **Pour toute réclamation**, vous pouvez contacter par téléphone, courrier ou courriel votre centre de gestion dont les coordonnées figurent sur votre carte de tiers payant, sur votre espace adhérent ou toute correspondance de la part de La Mutuelle Générale.
- **En cas de désaccord**, ou en l'absence de réponse du centre de gestion dans un délai de 15 jours, vous pouvez envoyer un courrier ou un courriel au Service Qualité de La Mutuelle Générale aux adresses suivantes :

– par courrier, à l'adresse suivante :

La Mutuelle Générale
Service qualité
1-11 rue Brillat-Savarin
CS 21363
75634 PARIS CEDEX 13

– par courriel, à l'adresse suivante :
servicequalite@lamutuellegenerale.fr

- **En cas de désaccord** ou en l'absence de réponse du Service Qualité pendant un délai de deux mois à compter de la date de la réception de la réclamation, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française directement sur son site internet <https://www.mediateur-mutualite.fr/> ou par voie postale à l'attention de :

Monsieur le Médiateur
de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

Protection des données personnelles

Dans le cadre de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, La Mutuelle Générale agit en tant que Responsable du Traitement des données à caractère personnel de ses membres participants, ayants droit et bénéficiaires concernés (ci-après les « Données Personnelles »).

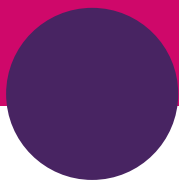
Les Données Personnelles recueillies sont notamment utilisées par La Mutuelle Générale afin d'assurer la gestion et l'exécution du contrat ainsi qu'afin d'améliorer sa qualité de service, ses produits, d'évaluer ou d'anticiper les changements de situation des personnes ou d'améliorer la relation client, d'élaborer des statistiques, d'assurer la sécurité et la continuité d'activité des services, de répondre à une obligation légale fiscale et réglementaire (lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) ou à un intérêt légitime (prospection commerciale, lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude).

La Mutuelle Générale s'engage à conserver les Données Personnelles collectées pour la durée nécessaire à l'exécution et la gestion du contrat et au respect de ses obligations légales de conservation des données.

Les Données Personnelles pourront être communiquées aux prestataires de La Mutuelle Générale afin d'assurer la gestion et l'exécution du contrat (hébergement...).

Le cas échéant, les Données Personnelles pourront être transmises, si les Personnes Concernées y ont consenti, à ORANGE SA aux fins de calcul des indemnités journalières à verser au titre du contrat en cas de reprise de passif.

La Mutuelle Générale est susceptible d'utiliser les Données Personnelles afin de proposer des produits et services adaptés aux besoins des Personnes Concernées.



Ainsi, La Mutuelle Générale pourra être amenée à transférer les Données Personnelles à sa filiale LMG Conseil et Services à des fins de prospection commerciale par téléphone et courrier et par voie électronique dans le cas où la Personne Concernée y aurait consenti.

La Mutuelle Générale prend toutes les mesures de sécurité nécessaires afin de protéger les Données Personnelles contre toute violation de ces données.

Conformément à la réglementation, la Personne Concernée dispose pour ses Données Personnelles :

- d'un droit d'accès et de communication sur les informations la concernant et les Traitements associés ;
- d'un droit de rectification avec une possibilité de compléter et de mettre à jour ses informations ;
- d'un droit à la portabilité afin de transmettre les informations la concernant à un tiers ;
- d'un droit à la détermination du sort de ses Données Personnelles en cas de décès ;
- d'un droit de suppression de ses Données Personnelles ;
- d'un droit à la limitation du Traitement qui lui est relatif ;
- d'un droit d'opposition au Traitement de ses Données Personnelles ;
- d'un droit au retrait du consentement pour l'utilisation de ses Données Personnelles.

Les Personnes Concernées peuvent exercer leurs droits portant sur leurs Données Personnelles :

- soit par voie postale, au Secrétariat Général de La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat Savarin - CS 21363 - 75634 PARIS Cedex 13,
- soit par courrier électronique, adressé au Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse : mesdonnees@lamutuellegenerale.fr

Les Personnes Concernées peuvent adresser une réclamation portant exclusivement sur le Traitement de leurs Données Personnelles à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle de l'Etat sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Gestionnaire

En cas d'événement ouvrant droit à prestations, le versement de celles-ci par La Mutuelle Générale est subordonné à la présentation des pièces justificatives demandées par le service de gestion de votre contrat. En outre, en cas de changement de situation de famille, d'adresse ou de domiciliation bancaire, **il est nécessaire d'en informer La Mutuelle Générale** et de transmettre les pièces justificatives permettant la prise en compte de ces modifications.

La Mutuelle Générale

CG 725

TSA 61425

75621 Paris cedex 13

09 69 32 23 25

Annexe: barème « Infirmité permanente accidentelle »

Le taux du barème est appliqué au capital prévu pour la garantie « Infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident ».

Article 1 - Infirmité permanente totale

Cécité totale	100 %
Aliénation mentale incurable et totale	100 %
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %
Surdité complète des deux oreilles, d'origine traumatique	100 %
Ablation de la mâchoire inférieure	100 %
Perte de la parole	100 %
Perte d'un bras et d'une jambe	100 %
Perte d'un bras et d'un pied	100 %
Perte d'une main et d'une jambe	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte des deux jambes	100 %
Perte des deux pieds	100 %

Article 2 - Infirmité permanente partielle

Seules les infirmités permanentes supérieures   30 % sont prises en compte.

2.1 - Tête

Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :	
• Surface d'au moins 6 centimètres carrés	40 %
• Surface de 3 à 6 centimètres carrés	20 %
• Surface inférieure à 3 centimètres carrés	10 %
Ablation partielle de la mâchoire inférieure montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40 %
Perte d'un �il	40 %
Surdité complète d'une oreille	30 %

2.2 - Membres supérieurs

	Droit	Gauche
Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %
Perte de substance osseuse étendue au bras (lésion définitive et incurable)	50 %	40 %
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %
Ankylose de l'épaule	40 %	30 %
Ankylose du coude (en position favorable 15� autour de l'angle droit)	25 %	20 %
Ankylose du coude (en position défavorable)	40 %	35 %
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable)	40 %	30 %
Paralysie complète du nerf médian	45 %	35 %
Paralysie complète du nerf radial (� la gouttière de torsion)	40 %	35 %
Paralysie complète du nerf radial (� l'avant-bras)	30 %	25 %
Paralysie complète du nerf radial (� la main)	20 %	15 %
Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %
Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude et en pronation)	20 %	15 %
Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %	25 %
Perte totale du pouce	20 %	15 %
Perte partielle du pouce (phalange unguéale)	10 %	5 %
Ankylose totale du pouce	20 %	15 %
Amputation totale de l'index	15 %	10 %
Amputation de deux phalanges de l'index	10 %	8 %
Amputation de la phalange unguéale de l'index	5 %	3 %
Amputation simultanée du pouce et de l'index	35 %	25 %
Amputation du pouce et d'un doigt autre que l'index	25 %	20 %
Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index	12 %	8 %
Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index	20 %	15 %
Amputation de quatre doigts y compris le pouce	45 %	40 %
Amputation de quatre doigts, le pouce étant conservé	40 %	35 %
Amputation du médian	10 %	8 %
Amputation d'un doigt autre que le pouce, l'index et le médian	7 %	3 %



2.3 - Membres inférieurs

Amputation de la cuisse (moitié supérieure)	60 %
Amputation de la cuisse (moitié inférieure et de jambe)	50 %
Perte totale du pied (désarticulation tibio-tarsienne)	45 %
Perte partielle du pied (désarticulation sous-astragalienne)	40 %
Perte partielle du pied (désarticulation médio-tarsienne)	35 %
Perte partielle du pied (désarticulation tarso-métatarsienne)	30 %
Paralysie totale du membre inférieur (lésion incurable des nerfs)	60 %
Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe	30 %
Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne	20 %
Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplité externe et interne)	40 %
Ankylose de la hanche	40 %
Ankylose du genou	20 %
Perte de substance osseuse étendue à la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable	60 %
Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40 %
Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20 %
Raccourcissement d'au moins 5 cm du membre inférieur	30 %
Raccourcissement du membre inférieur de 3 à 5 cm	20 %
Raccourcissement du membre inférieur de 1 à 3 cm	10 %
Amputation totale de tous les orteils	25 %
Amputation de quatre orteils dont le gros orteil	20 %
Amputation de quatre orteils	10 %
Ankylose du gros orteil	10 %
Amputation de deux orteils	5 %
Amputation d'un orteil (autre que le gros)	3 %

L'ankylose des doigts (autres que le pouce et l'index) et des orteils (autres que le gros orteil) ne donnera droit qu'à 50 % du capital pour la perte desdits organes.

Article 3 - Modalités d'application du barème

Si le membre participant est gaucher, les taux prévus au barème ci-avant pour les différentes infirmités du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche seront intervertis.

Les infirmités ne figurant pas au barème sont appréciées par comparaison avec les cas énumérés.

En cas d'infirmités multiples provenant soit d'un accident, soit d'accidents successifs, chaque infirmité partielle est appréciée isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'infirmité partielle concernant le même membre ou organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100 %, le capital global ou le dernier capital partiel, en cas d'accidents successifs, étant calculé en conséquence.

Glossaire

Concubin : la personne vivant en concubinage avec le membre participant (article 515-8 du Code Civil) sous réserve que le membre participant et son concubin :

- soient libres de tout lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés (ées),
- ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne,
- vivent sous le même toit depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation. Néanmoins, lorsqu'un enfant est issu de ce concubinage, aucune condition de durée de vie commune n'est exigée si l'enfant est reconnu par le membre participant et son concubin.

Le concubin n'est pas assimilé au conjoint pour l'application des garanties.

Conjoint : l'époux ou l'épouse du membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement.

Enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge au titre du contrat, les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par le membre participant à son propre foyer et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, à condition que le membre participant ou son conjoint en ait la garde ou s'il s'agit d'enfants du membre participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire et qu'ils remplissent l'une des quatre conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans,
- être âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans et ne se livrer à aucune activité rémunératrice habituelle ;
- être âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans et poursuivre leurs études en ne se livrant à aucune activité rémunératrice habituelle ;
- être frappés d'une infirmité telle qu'ils ne puissent se livrer à aucune autre activité rémunératrice : l'enfant est alors considéré à charge tant que cette infirmité perdure.

Dans les cas de limite d'âge ou de poursuites d'études, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e, 21^e ou 26^e anniversaire ou au cours duquel survient la fin des études.

Les enfants issus d'une précédente union bénéficient d'une rente pour enfant non limitée à la pension alimentaire fiscalement déductible.

Sont également considérés comme enfants à charge, les enfants du membre participant nés moins de 300 jours suivant la date du décès du membre participant.

Franchise : période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation. La franchise est continue ou discontinue.

Membre participant : la personne physique, membre du personnel du Souscripteur, relevant de la catégorie bénéficiaire précisée au contrat et adhérent à celui-ci.

Partenaire : la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité - PACS exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Le partenaire n'est pas assimilé au conjoint pour l'application des garanties.

Régime socle : régime spécial de la fonction publique.

Rémunération brute de référence : assiette de calcul des prestations. Elle correspond à la rémunération brute limitée à la tranche 2 perçue par le membre participant au cours des 12 derniers mois précédent l'évènement ouvrant droit à prestation.

Rémunération nette de référence : elle est égale à la rémunération brute de référence déduction faite des cotisations sociales mises à la charge du membre participant.

Souscripteur : ORANGE SA qui a conclu le contrat d'assurance avec La Mutuelle Générale au bénéfice des membres du personnel relevant de la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit.

Nous contacter :

**La Mutuelle Générale
CG 725**

TSA 61425

75621 PARIS CEDEX 13

09 69 32 23 25