



LA FRONTALIÈRE

Mutuelle | Santé | Prévoyance

Notice

d'information

Incapacité temporaire

Invalidité

En conformité avec le code de la mutualité

SIRET : 421.110.305.000.16

Janvier 2020

SOMMAIRE

REGIME PREVOYANCE

Préambule		3
TITRE I : GENERALITES		
ARTICLE 1	Objet du contrat	3
ARTICLE 2	Assurés	3
ARTICLE 3	Date de prise d'effet des garanties, renouvellement	3
ARTICLE 4	Révision des garanties	4
ARTICLE 5	Cessation des garanties	4
ARTICLE 6	Base des garanties – Révision, Actualisation	4
ARTICLE 7	Cotisations	4
ARTICLE 8	Formalités en cas de sinistre	4
ARTICLE 9	Arbitrage	5
ARTICLE 10	Réclamation	5
TITRE II : INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE		
ARTICLE 1	Objet des garanties	5
ARTICLE 2	Incapacité temporaire totale de travail	5
ARTICLE 3	Invalidité permanente	5
ARTICLE 4	Limitation des prestations	6
ARTICLE 5	Exonération	6
ARTICLE 6	Revalorisation	6
ARTICLE 7	Résiliation	6
ARTICLE 8	Exclusion	6
ARTICLE 9	Règlement des prestations	7
ARTICLE 10	Contrôle médical	7

PREAMBULE

Un contrat d'assurance collective à adhésion facultative enregistré à la Mutuelle sous le N°2016/01 ;

Risques portés et assurés en intégralité par la mutuelle « La Frontalière » dont le siège se situe 15 Tartre Marin – 25500 MORTEAU.

Le présent contrat est constitué par :

- les présentes conditions générales,
- les déclarations individuelles d'adhésion signées par l'assuré pour l'ensemble des garanties souscrites au titre du Régime de Prévoyance de la Mutuelle « La Frontalière ».

Il est régi par le code de la Mutualité ainsi que par les statuts de la Mutuelle pour les points qui ne sont pas précisés aux articles des titres ci-après.

Ce contrat a pour objet de garantir les membres adhérents de la contractante pour les risques Incapacité temporaire de travail et Invalidité Permanente.

Par "assurés", on entend les personnes physiques, membres adhérents de la contractante définis à l'article 2 des conditions générales et répondant aux conditions d'admissibilité définies à ce même article.

Les déclarations de la contractante et des assurés servent de base au contrat qui est incontestable dès qu'il a pris effet.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte, l'assuré ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie des participants du groupe et à la condition que la cotisation ait été encaissée. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 5 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette durée est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur. La contractante s'engage à remettre aux assurés une notice, établie par la Mutuelle, définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à la contractante.

Le présent contrat prend effet le 1er Janvier 2016. Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre 2016 et se renouvelle ensuite annuellement le 1er janvier par tacite reconduction, sauf dénonciation effectuée par l'une des parties par lettre recommandée avant le 31 octobre.

TITRE 1 : GENERALITES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Au titre du présent contrat, les garanties suivantes peuvent être proposées :

- 1- Garantie invalidité permanente :**
Cette garantie est facultative.
- 2- Indemnité journalière en cas d'incapacité :**
Cette garantie est facultative.

Les garanties effectivement proposées, ainsi que le montant des prestations, figurent dans les conditions particulières, celles choisies par l'assuré étant définies sur le certificat d'adhésion remis par la Mutuelle.

ARTICLE 2 - ASSURES

1. Admissibilité

Sont admissibles à l'assurance, sous réserve qu'ils soient en bon état de santé caractérisé par l'exercice normal de leur profession :

les membres adhérents de la contractante, salariés résidant en Europe métropolitaine et travaillant en Allemagne, Belgique, Luxembourg ou Suisse âgés de moins de 46 ans lors de la première affiliation, cette limite d'âge étant portée à 60 ans dans les cas suivants :

- Affiliation due à un changement de situation matrimoniale,
- Ou à un changement d'emploi.

Dans ces 2 derniers cas, la demande d'adhésion devra être formulée dans les trois mois civils suivants la date de l'événement générant la demande d'affiliation et la Mutuelle pourra demander la production des pièces justificatives.

2. Formalités d'admission

Tout postulant au contrat doit remplir un bulletin d'affiliation transmis à la Mutuelle accompagné d'un questionnaire médical et du premier acompte de cotisation correspondant à la première échéance. Cet acompte sera remboursé si l'ensemble des conditions d'admission n'est pas réuni.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tout complément d'information médicale, étant précisé que les frais d'examen complémentaire ou de la visite médicale éventuelle auxquels serait soumis le postulant, seront à la charge de ce dernier. Si la preuve du bon état de santé n'est pas jugée satisfaisante, la Mutuelle peut refuser l'adhésion. Dans cette hypothèse l'acompte de cotisations versé lui sera remboursé.

Toute réticence ou fautive déclaration de la part du participant quand celles-ci changent l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque entraînent la nullité du contrat conformément aux dispositions du code de la Mutualité.

3. Notification d'adhésion

La Mutuelle adressera à l'assuré, dès les formalités d'adhésion accomplies, un certificat d'adhésion précisant les conditions suivant lesquelles son adhésion est acceptée, y compris dans le cas où des réserves ont été émises ainsi que dans le cas où l'adhésion fait l'objet du paiement d'une surprime tenant compte de l'aggravation du risque.

Dans l'hypothèse où des réserves et/ou une surprime sont émises par la Mutuelle, le postulant recevra au préalable une notification comportant lesdites conditions qu'il devra renvoyer dans les 10 jours en indiquant sa décision (acceptation ou refus). En cas de non réponse dans les 10 jours, la demande d'assurance sera considérée sans suite.

Dans ce cas ou en cas de refus, l'acompte versé sera immédiatement remboursé.

ARTICLE 3 - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES-RENOUVELLEMENT

Sous réserve du paiement du premier acompte de cotisation correspondant à un trimestre de cotisation, l'admission à l'assurance prend effet au 1er jour du mois civil qui suit l'acceptation de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

Les garanties prennent effet à zéro heure au jour de la date d'admission pour les risques résultant d'un accident, après application d'un délai d'attente commençant à courir à partir de la date d'effet de l'adhésion dans les cas suivants

- 3 mois pour les arrêts de travail motivés par une affection autre que les maladies psychiatriques,
- 1 an pour les arrêts de travail dus à une maladie psychiatrique.

L'adhésion se renouvelle annuellement le 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf :

- dénonciation effective par l'une des parties par lettre recommandée moyennant préavis de deux mois signifié par lettre recommandée, sous

condition d'une affiliation à la Mutuelle depuis au moins un an à la date d'effet de l'adhésion et du paiement de la totalité de la prime annuelle.

- Conformément à la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 (loi Chatel), la date limite d'exercice pour les adhésions à tacite reconduction doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé à l'adhérent moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt 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.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux délais précités, l'adhérent peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

ARTICLE 4 - REVISION DES GARANTIES

Le participant peut augmenter ou diminuer son montant de garanties sous réserve que sa demande soit acceptée avec comme date d'effet le 1er du mois qui suit la demande après une année complète d'adhésion.

Les conditions de révision de la garantie sont les suivantes :

1. Augmentation de garantie

Tout adhérent âgé de moins de 46 ans peut opter pour des garanties invalidité supérieures dans la limite de 3 à 4 fois la garantie obligatoire, ce coefficient est défini annuellement d'un commun accord entre la contractante et la Mutuelle, et dans la limite de 2 fois la garantie obligatoire jusqu'à l'âge de 55 ans.

Les adhérents pourront opter pour des garanties invalidité supérieures dans la limite de 3 à 4 fois la garantie obligatoire jusqu'à l'âge de 35 ans, ce coefficient est défini annuellement d'un commun accord entre la contractante et la Mutuelle, et dans la limite de 2 fois la garantie obligatoire jusqu'à l'âge de 45 ans.

Pour les autres garanties les modifications s'effectuent selon les dispositions contractuelles en vigueur.

Le participant doit se soumettre à nouveau aux formalités d'affiliation exposées ci-dessus et être accepté médicalement par la Mutuelle.

2. Diminution de garantie

La diminution de garantie entraînera l'impossibilité pour le participant d'augmenter par la suite son montant de garantie sauf si cette nouvelle modification est liée à un changement de situation matrimoniale, de conditions d'emploi.

Seule une éventuelle nouvelle diminution pourrait être recevable sous réserve que soit respecté le montant minimum de garantie prévu aux conditions particulières.

ARTICLE 5 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin pour chaque assuré :

- à l'échéance de cotisation qui suit la date à laquelle il cesse d'être membre de la contractante, ou de remplir les conditions ouvrant-droit à son affiliation à la garantie,
- à effet immédiat au moment du décès,
- à la date à laquelle l'assuré a fait valoir ses droits à l'assurance vieillesse et au plus tard à l'âge légal de la retraite du pays d'emploi,
- au 1er janvier qui suit la date de réception par la Mutuelle de la demande de résiliation à l'assurance, sous réserve que cette demande

parvienne dans les délais,

- en cas de cessation du paiement des cotisations, étant précisé que la suspension ou la résiliation en cours d'exercice pour non-paiement de cotisation n'aura d'effet, au regard de chaque assuré, qu'à l'expiration de la période d'assurance correspondant à la cotisation versée, la résiliation de l'adhésion de chaque assuré étant effectuée conformément aux dispositions réglementaires,
- à tout moment en cas d'omissions ou de fausses déclarations du risque dans le courant de l'adhésion, lorsque l'assuré tente d'obtenir, ou obtient au titre du présent régime, des prestations au moyen de déclarations sciemment fausses. En pareil cas, la cessation de l'assurance prend effet 10 jours après sa notification à l'assuré par lettre recommandée,
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du présent contrat par l'une ou l'autre des parties,

ARTICLE 6 - BASE DES GARANTIES - REVISION - ACTUALISATION

La base des garanties et des cotisations est exprimée en euros au certificat d'adhésion. Elle peut être actualisée à chaque renouvellement en fonction d'un coefficient de revalorisation déterminé d'un commun accord entre la contractante et la Mutuelle et/ou en fonction des résultats d'exploitation de la présente convention.

ARTICLE 7 - COTISATIONS

Le barème des cotisations est fixé aux conditions particulières.

Les cotisations indiquées intègrent les taxes d'assurances en vigueur.

Pour chaque assuré, le montant des cotisations est fixé au certificat d'adhésion en fonction de son âge atteint au moment du paiement, cet âge étant déterminé par différence de millésime entre l'année de naissance et celle du paiement; la modification du montant de la cotisation interviendra au 1er janvier de l'exercice civil qui suit celui au cours duquel l'assuré a atteint son énième anniversaire.

Les cotisations sont payables annuellement, semestriellement ou trimestriellement d'avance ou mensuellement par prélèvement automatique sur le compte bancaire. De la première échéance sera déduit l'acompte payé au moment de l'adhésion. A la réception du premier appel de cotisation, le premier paiement s'effectue par chèque et couvre la période jusqu'à la fin du trimestre civil en cours; le prélèvement automatique prend effet au premier jour du trimestre civil suivant.

La cotisation qui n'a pu être versée dans les 10 jours suivant son échéance (pour quelque raison que ce soit) entraîne l'exclusion du participant du contrat.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure.

Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être versées.

Lors de la mise en demeure, le 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 son exclusion du contrat.

ARTICLE 8 - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, le bénéficiaire des garanties s'engage à remettre à la Mutuelle :

- le formulaire dûment rempli de la déclaration de sinistre accompagné des pièces justificatives requises par la Mutuelle
- les éléments nécessaires au calcul des prestations tels que définis au titre correspondant.

ARTICLE 9 - ARBITRAGE

En cas de différend sur l'exécution de la présente convention, les parties en cause s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis par chacune d'elles. En cas de désaccord, ces deux arbitres s'en adjoindront un troisième pour les départager.

A défaut d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le président du Tribunal de Grande Instance de Besançon, sur simple requête de la partie la plus diligente par le Président.

L'avis, pris à la majorité de ce tribunal arbitral, sera obligatoire pour les parties et sans appel. Chacune d'elles supportera les honoraires de son arbitre et, par moitié, ceux du troisième.

ARTICLE 10 - RECLAMATIONS

Toutes réclamations doivent être adressées à la MUTUELLE LA FRONTALIERE, 15, Tartre Marin, 25500 MORTEAU

TITRE II : INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE

Les prestations définies dans le présent titre sont versées dans la mesure où l'assuré subit une perte de revenu, par suite de la réalisation de l'un des risques garantis.

ARTICLE 1 – OBJET DES GARANTIES

Les présentes garanties ont pour objet le service :

- d'une indemnité journalière en cas d'incapacité totale temporaire de travail,
- d'une rente en cas d'invalidité permanente. La nature et le montant des prestations sont indiqués au certificat d'adhésion.

ARTICLE 2 – INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Lorsque l'assuré est reconnu en état d'incapacité de travail totale et continue, par suite d'accident ou de maladie justifiée médicalement, la Mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant est fixé au certificat d'adhésion. La commercialisation de La garantie indemnité journalière maladie seule (sans accident) cesse au 31 décembre 2016.

Cette indemnité est due, après une période de franchise dont la durée est indiquée au certificat d'adhésion. Cette franchise continue s'applique à compter du premier jour d'arrêt de travail pour maladie ou accident. Le service de cette indemnité se poursuit pendant toute la durée de l'incapacité totale de travail et cesse :

- au plus tard au 730^{ème} jour qui suit la date de l'arrêt de travail,
- au 1^{er} jour du mois qui suit la reconnaissance de l'état d'invalidité ouvrant droit à une prestation telle que prévue aux présentes conditions générales,
- en tout état de cause, au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'assuré atteint son 65^{ème} anniversaire de naissance pour les hommes et son 64^{ème} anniversaire pour les femmes ou la date à laquelle l'assuré cesse toute activité professionnelle et fait valoir ces droits à la retraite, ou à l'âge légal de la retraite du pays d'emploi.

L'indemnité, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu.

Lorsque l'assuré, en état d'incapacité totale de travail, reprend son activité et doit l'interrompre moins de deux mois après, pour la même cause, les nouveaux droits sont déterminés sans application d'une nouvelle franchise.

L'indemnité journalière n'est jamais due pendant la période du congé légal ou conventionnel de maternité ou d'adoption. De plus, la durée de ce congé n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise ni pour le calcul du délai de deux mois en cas de rechute.

ARTICLE 3 - INVALIDITE PERMANENTE

Une rente d'invalidité se substitue à l'indemnité journalière dès constatation médicale de l'état d'invalidité consolidée et, au plus tard à compter du 731^{ème} jour qui suit la date d'arrêt de travail total et continu, sous réserve que le taux "n" d'invalidité soit au moins égal à 33%.

1. Montant de la rente

Le montant de la rente annuelle est fixé au certificat d'adhésion :

- lorsque le taux d'invalidité "n" est au moins égal à 66 %, la rente est égale à 100% de ce montant,
- lorsque le taux est supérieur à 33 % et inférieur à 66%, le montant de la rente est réduit et est égal à $(\frac{n-33}{33})$ fois celui défini ci-avant,
- lorsque le taux est égal ou inférieur à 33% aucune rente n'est servie.

2. Détermination du taux d'invalidité

Le taux "n" d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle :

- le taux d'incapacité fonctionnelle est établi par arbitrage d'ordre médical. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie, en s'inspirant du guide barème édité par le "Concours médical",
- le taux d'incapacité professionnelle est établi par arbitrage d'ordre médical. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident générateur de l'état d'incapacité, des conditions d'exercice normal et des possibilités d'exercice restantes.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle varient de 0 à 100%.

Le taux d'invalidité "n" qui détermine le droit à la prestation est alors donné par le tableau ci-dessous :

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

Il est entendu que le taux d'invalidité est susceptible d'être révisé, soit d'un commun accord, soit par arbitrage.

3. Paiement de la rente

Le service de la rente débute dès la reconnaissance du taux d'invalidité "n" supérieur à 33 % et cesse

- lorsque le taux d'invalidité "n" devient inférieur ou égal à 33 %,
- en tout état de cause, au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'assuré atteint son 65ème anniversaire de naissance pour les hommes et son 64ème anniversaire pour les femmes ou la date à laquelle l'assuré cesse toute activité professionnelle et fait valoir ces droits à la retraite,
- en cas de décès de l'assuré.

La rente est payable par quart, trimestriellement, à terme échu. En cas de décès, paiement prorata-temporis au conjoint survivant ou à défaut, aux enfants à charge, et sans prorata au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge. Il est rappelé que le paiement de la rente est lié à une perte de salaire ou de revenu.

ARTICLE 4 – LIMITATION DES PRESTATIONS

La Mutuelle se réserve le droit de vérifier si les prestations versées au titre du contrat, tant en ce qui concerne les indemnités journalières que la rente d'invalidité, ne sont pas supérieures au revenu net notifié par l'administration fiscale pour l'exercice civil précédant celui de la date d'arrêt de travail au titre des traitements: en cas de dépassement, la Mutuelle limiterait les prestations en conséquence.

ARTICLE 5 - EXONERATION

En cas d'invalidité permanente donnant lieu au versement des prestations prévues au présent titre, les cotisations invalidité arrivant normalement à échéance sont réduites proportionnellement au taux d'invalidité reconnu soit :

- inférieure ou égale à 33% : pas de réduction
- supérieure à 33% et inférieure à 66% : réduction proportionnelle au taux d'invalidité
- supérieure ou égale à 66 % : exonération totale des cotisations invalidité

En cas de reprise d'activité, la première cotisation due est celle qui suit la date de reprise d'activité. Il est précisé que l'exonération :

- s'applique exclusivement à la garantie invalidité

- cesse en cas de résiliation de l'adhésion de l'assuré et, en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat.

ARTICLE 6 - REVALORISATION

En cours de contrat, les prestations sont revalorisées chaque année sur décision du Conseil d'Administration et après validation par l'Assemblée Générale.

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat, les revalorisations des prestations sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement. Le cas échéant, la contractante prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite de ces revalorisations.

Les sommes nécessaires à la revalorisation des capitaux constitutifs sont prélevées sur le fonds de revalorisation de la garantie correspondante et dans la limite de ce dernier.

ARTICLE 7 - RESILIATION

En cas de résiliation du présent contrat, les prestations en cours de paiement cessent d'être revalorisées et continuent d'être servies sur la base du montant de l'échéance trimestrielle précédant la résiliation.

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS

La Mutuelle ne couvre pas les conséquences :

- 1- des arrêts de travail survenus au domicile hors d'Europe métropolitaine, sauf en cas d'hospitalisation en Suisse, en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne,
- 2- des arrêts de travail survenus avant le paiement de la première prime trimestrielle ou avant l'expiration des délais d'attente fixés aux présentes conditions générales ou avant le délai de carence figurant au certificat d'adhésion,
- 3- des accidents non consolidés, des maladies ou infirmités à caractère évolutif antérieurs à la date d'entrée dans l'assurance de l'assuré, non déclarés à la souscription ou dont l'exclusion figure sur le certificat d'adhésion et/ou le dernier avenant d'adhésion,
- 4- des incapacités consécutives à des séjours en cure thermales, marines, de rajeunissement, diététiques, et les traitements de chirurgie esthétique,
- 5- des incapacités ayant une relation avec l'état de grossesse, l'accouchement et ses complications éventuelles,

- 6- des maladies ou accidents résultant de l'usage des stupéfiants (sauf prescription médicale),
- 7- des accidents et maladies professionnelles dont l'assuré serait victime et dont il pourrait obtenir réparation au titre des dispositions légales ou réglementaires qui lui seraient applicables dans le pays du lieu ou de la maladie professionnelle,
- 8- Les arrêts de travail survenus pendant la période de suspension de garantie (après envoi de mise en demeure) et qui se prolongeraient au-delà.

ARTICLE 9 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les arrêts de travail doivent être déclarés à la Mutuelle dans un délai maximum de six mois à compter du jour de la cessation de travail, sinon ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Les sinistres, qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de six mois, ne seront pas garantis.

L'assuré doit remettre à la Mutuelle, s'il y a lieu, toutes pièces justificatives et notamment:

- le formulaire dûment rempli de la déclaration d'arrêt de travail par l'assuré,
- le certificat du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident qui justifie l'Incapacité Temporaire ou l'Invalidité Permanente, la date de début et la durée de l'arrêt,
- la notification des impôts de l'exercice précédant l'arrêt de travail,
- les décomptes et notifications des organismes réglementaires régissant les prestations d'incapacité de travail et d'invalidité dans la profession exercée par l'assuré, et justifiant la prise en charge de l'incapacité ainsi que la poursuite du service des prestations par ces organismes.

Toute modification dans l'état de santé de l'assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées dans un délai de 8 jours, sinon l'assuré est considéré comme guéri à l'expiration des certificats précédemment remis. La poursuite éventuelle de l'indemnisation ne reprendra qu'à réception, par la Mutuelle, des certificats médicaux de prolongation.

ARTICLE 10 - CONTROLE MEDICAL

Dans tous les cas, et à toute époque, même lorsque l'adhésion n'est plus en vigueur, les médecins et agents délégués par la Mutuelle doivent avoir, sauf opposition judiciairement justifiée, sous peine de suspension du paiement des prestations en cours, libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état. De plus, l'assuré doit se prêter à toute expertise ou examen que la Mutuelle juge utile de lui demander. Toutes les difficultés d'ordre médical ou autre, qui pourraient survenir, seraient réglées par arbitrage comme il est prévu aux conditions générales.

Les autres conditions particulières, pour chaque assuré, sont définies par les dispositions prévues au certificat d'adhésion.

