

## **REGLEMENT DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS 2023 ET 2024**

### **1. ADHESION**

Les membres de la SMEPTT décident de ne pas fixer de droit d'admission.

Les personnes qui remplissent les conditions définies aux statuts de la Mutuelle et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion, conformément aux dispositions de l'article L.221-1 et L.221-2 II du Code de la mutualité, acquièrent dans ce cadre la qualité de Membres participants.

La durée minimum d'adhésion et de cotisation est de douze mois à compter de la date de ladite adhésion.

L'adhésion du Membre participant est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment rempli. Préalablement à l'adhésion, il est remis sur support durable (papier ou électronique) le présent règlement décrivant les droits et obligations réciproques du Membre participant et de la Mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion par l'Adhérent emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle Et du présent règlement.

Pour être recevable, le dossier d'adhésion doit comprendre les pièces suivantes :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par l'Adhérent ;
- Une copie de l'attestation des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire de l'Adhérent ;
- Un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le versement des prestations. Si l'Adhérent n'est pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) devra être fournie ainsi que le formulaire de versement des prestations sur le compte d'un tiers dûment complété ;
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un RIB au format IBAN. Si l'Adhérent n'est pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) ainsi que le mandat SEPA dûment complété avec les données du compte du tiers;
- Une copie de la pièce justificative d'identité en cours de validité de l'Adhérent ;
- Une copie de la carte d'adhésion en vigueur à la Complémentaire.

### **2. DATE D'EFFET DE L'ADHESION**

L'adhésion au règlement, qui est soumise à une condition d'engagement et de cotisation d'au moins douze mois consécutifs fermes et irrévocables, prend effet, pour tous les Bénéficiaires, à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt selon les modalités suivantes:

Le premier jour suivant la date de signature (y compris électronique) du Bulletin d'adhésion sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, dans le cas contraire le premier jour suivant la date de réception du dossier complet.

### **3. RENONCIATION**

En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle.

En cas de renonciation, l'adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre précitée. La Mutuelle rembourse les sommes versées par l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due par l'Adhérent.

### **4. DATE D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS**

Le droit aux prestations prend effet :

- dans un délai de 12 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion si l'adhésion est contractée après un mois et avant 5 ans après l'embauche au sein de la société SAFRAN HELICOPTER ENGINES.
- dans un délai de 24 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion si l'adhésion est contractée plus de 5 ans après l'embauche au sein de la société SAFRAN HELICOPTER ENGINES.

### **5. MISE À JOUR DES INFORMATIONS**

L'Adhérent doit communiquer à la Mutuelle, tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, son adresse, ses coordonnées bancaires etc. par courrier mentionnant son numéro d'adhérent et les pièces justificatives du changement. Dans le cas contraire, le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

### **6. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS, SUSPENSION DU DROIT AUX PRESTATIONS, RADIATION**

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle peut, en application de l'article L221-7 du Code de la mutualité, adresser au Membre participant une lettre de mise en demeure. La suspension des droits intervient au terme d'un délai de trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure restée sans effet. Cette mise en demeure précise qu'en l'absence de régularisation dans le délai de dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours ci-dessus, la résiliation des garanties peut intervenir à tout moment.

### **7. DÉMISSION**

Les garanties visées aux présentes peuvent être suspendues et/ou résiliées dans les conditions visées à l'article L 221-7 du Code de la mutualité.

L'adhésion au règlement est consentie, pour une période courant de la date de prise d'effet de l'adhésion susvisée, jusqu'au 31 décembre suivant, sous réserve du respect de la période minimale d'engagement de 12 mois, puis est renouvelable tacitement d'année en année sauf dénonciation par l'Adhérent dans les conditions ci-après définies.

- À l'échéance annuelle

Tout Membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans, deux mois francs au moins avant la fin de l'année civile, la radiation prenant effet au premier jour de l'année suivante. Toutefois, si, à cette date, l'adhésion n'a pas duré au moins 12 mois, la démission ne prendra effet que le premier jour du mois suivant la première date anniversaire de ladite adhésion.

- En application de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice par l'Adhérent du droit à dénonciation de son adhésion doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé 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 de son contrat.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'alinéa précédent, l'Adhérent peut mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction du contrat. La résiliation prend effet le lendemain de la date de notification de la demande de démission. L'Adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée à l'Adhérent, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

- À tout moment à l'issue de la première année d'adhésion :

Après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, le Membre participant peut démissionner et mettre fin à son adhésion à tout moment, en notifiant sa décision à la Mutuelle.

La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

En tout état de cause, le Membre participant doit notifier sa démission à la Mutuelle. Celle-ci peut se faire par :

- Une lettre ou tout autre support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Le même mode de communication à distance que celui utilisé pour l'adhésion.

Dans tous les cas, les prestations et cotisations cessent d'être dues à compter du 1er jour suivant la radiation.

En cas de dénonciation, les Bénéficiaires ne pourront plus solliciter de nouvelle adhésion à une garantie relevant du présent règlement avant une période de 12 mois suivant la date de cessation du droit à prestations. De plus, dans l'hypothèse où l'ancien Membre participant a été radié pour non paiement des cotisations, la demande de réadmission doit être présentée au Conseil d'Administration de la Mutuelle.

À défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son adhésion dans les délais ci-dessus, il est réputé avoir accepté les conditions de reconduction transmises par la Mutuelle, tant en ce qui concerne les éventuelles modifications de garanties, que celles visant les cotisations.

Enfin, les garanties visées aux présentes peuvent être résiliées par la Mutuelle, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée avant la date d'échéance annuelle, pour le cas où la Mutuelle déciderait de purement et simplement supprimer, pour l'ensemble des Bénéficiaires de la Mutuelle ou pour une catégorie d'entre eux, la ou les garanties visées aux présentes, ou pour motif grave.

## **8. COTISATIONS**

La cotisation annuelle est fixée à 1 % du montant du salaire de base brut.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation appelée trimestriellement qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Société Mutualiste d'entreprise du Personnel de TURBOMECA Tarnos.

Le paiement est effectué trimestriellement par prélèvement bancaire sur le compte de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations.

En cas d'adhésion en cours de trimestre, la cotisation due pour le trimestre en cours correspond au prorata du nombre de jours entre la date d'adhésion et la fin du trimestre correspondant.

Les appels de cotisations peuvent être faits par tout organisme à qui la Mutuelle aurait donné mandat ou délégation pour ce faire.

De même, la Mutuelle peut déléguer la gestion des garanties visées aux présentes à tout organisme délégataire de son choix, sans pour autant être déchargée de ses obligations résultant des présentes.

Les cotisations sont révisables annuellement.

En ce cas, l'Adhérent peut dénoncer son adhésion, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au siège de la Mutuelle, dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'appel de cotisation révisé. La démission prend alors effet au 31 décembre de l'année écoulée.

À défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son adhésion dans le délai ci-dessus, il est réputé avoir accepté les nouvelles cotisations.

En outre, la Mutuelle peut procéder à un rappel de cotisation en cours d'année en cas de survenance d'une situation particulière qui l'imposerait.

Le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée générale (A.G) de la Mutuelle et est réévalué chaque année par l'A.G de manière à garantir son équilibre technique.

**L'AG peut déléguer ce pouvoir au Conseil d'administration dans les conditions et limites visées au code de la Mutualité.**

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées au titre de la période couverte par la garantie.

## **9. DISPOSITIONS DIVERSES**

### Prescription

a) Toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu la connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ; quand l'action du Membre participant ou du Bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant.

b) La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

impossibilité d'agir, minorité, recours à la médiation, à la conciliation, à la procédure participative, mesure d'instruction, action de groupe, demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de :

- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par le Bénéficiaire à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### Réclamation et Médiation

a) Toute réclamation relative à l'application ou à l'interprétation du règlement mutualiste est à adresser au Conseil d'administration de la mutuelle.

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement, fondé ou non, d'un Membre participant envers la Mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par le Conseil d'administration, le Membre participant a la possibilité de saisir le Médiateur de la Mutualité Française dont l'adresse est : FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS cedex 15.

### ACPR

La Mutuelle, en sa qualité d'assureur de personnes relève pour son contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute information et document pertinent dans le cadre de ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues du code monétaire et financier.

## **10. PRESTATIONS**

### Conditions générales

Le bénéfice des prestations est ouvert aux Adhérents, Membres participants de la Mutuelle, pour leur propre bénéfice et à leurs bénéficiaires.

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

Dans tous les cas, et sauf accord expresse spécifique différent du Membre participant, les prestations ne peuvent être versées qu'au seul Membre participant par virement bancaire, pour lui-même ou pour

ses Ayants droit bénéficiaires, aucun règlement ne pouvant intervenir directement à un Bénéficiaire autre que le Membre participant duquel il tient ses droits.

Les demandes de prestations doivent exposer leur nature et leur qualification et être accompagnées de toutes pièces justificatives visées au présent règlement et/ou demandées par la Mutuelle en fonction de l'acte concerné et notamment:

- Les originaux des relevés des IJSS versées par la CPAM et de la Complémentaire ;
- Toutes pièces utiles demandées par la Mutuelle pour justifier le remboursement.

La non fourniture par l'Adhérent de la totalité des pièces demandées par la Mutuelle, deux mois après l'envoi d'une notification, en ce sens à l'Adhérent est considérée comme une renonciation définitive de ce dernier au bénéfice de la prestation concernée, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires qui sont ses Ayants droit.

La Mutuelle a pour seul interlocuteur et destinataire le Membre participant, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires.

Pour percevoir leurs prestations, les Adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

#### Conditions spécifiques

#### **La SMEPTT offre des prestations complémentaires en cas de maladie/invalidité/décès**

##### **MALADIE**

- Complément de 10% maximum du salaire mensuel en cas d'arrêt prolongé

En cas d'incapacité temporaire d'un membre participant, par maladie ou par accident, la Société Mutualiste d'entreprise du Personnel de TURBOMECA Tarnos verse une indemnité journalière décomptée par jour et payable par mois. Cette indemnité est égale à la différence entre le complément salarial contractuel et le salaire net (calculé en fonction du nombre de points ou du salaire brut annuel, suivant les classifications).

Au cas où le cumul de ces prestations servies tant au titre des présents statuts que par les caisses de Sécurité Sociale, les Mutuelles ou organisme similaire auquel le sociétaire serait adhérent, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant du salaire, les indemnités de la Société Mutualiste d'entreprise du Personnel de TURBOMECA Tarnos seraient réduites à due concurrence.

Le montant des prestations ne peut être supérieur à la perte de Salaire net imposable subie par l'adhérent.

La déclaration de l'incapacité temporaire est fournie par une attestation sur l'honneur datée et signée par le mutualiste.

##### **INVALIDITE**

- Catégorie 1 : Versement d'un capital égal à  $30\% \times$  salaire de base annuel net en 3 fois espacées de 2 mois

Cette allocation est versée au mutualiste.

- Catégorie 2 : Versement d'un capital égal au salaire de base annuel net en 12 mensualités

Cette allocation n'est versée qu'au bénéficiaire ex mutualiste (puisque radié au jour de la notification d'invalidité)

- Catégorie 3 : Versement d'un capital égal au salaire de base annuel brut en 12 mensualités  
Cette allocation n'est versée qu'au bénéficiaire ex mutualiste (puisque radié au jour de la notification d'invalidité)

Il est précisé que les allocations susmentionnées ne se cumulent pas entre elles. A titre d'exemple, un membre déclaré en invalidité catégorie 2 et déjà ayant perçu une allocation au titre d'une invalidité de catégorie 1, percevra au titre de l'allocation d'invalidité catégorie 2 une somme égale à la différence entre l'allocation de catégorie 2 et l'allocation de catégorie 1 déjà perçue.

#### **DECES**

- Versement aux bénéficiaires désignés d'un capital égal au salaire annuel brut en 3 fois espacées de 2 mois

En cas de décès, la SMEPTT procédera au versement aux bénéficiaires indiqués sur le formulaire d'adhésion dans le mois suivant la connaissance de la réalisation du risque.

*NB : Une radiation automatique intervient après déclaration d'invalidité de catégorie 2 ou 3*