

Article 1 : définition – modifications – information

Le présent règlement TUT'LR, qui a valeur de contrat, a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de la mutuelle et du membre participant découlant de la souscription de garanties en cas de risques listés à l'article 4, auprès de Tutélaire, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 682 164, dont le siège social est 45, rue Eugène Oudiné – 75013 Paris.

Ce règlement est modifiable par le conseil d'administration de la mutuelle dans le respect des règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles fixées par l'assemblée générale, conformément aux dispositions prévues à l'article 34 des statuts.

Les modifications du présent règlement et des statuts de la mutuelle sont portées à la connaissance du membre participant ou honoraire. Leur notification peut prendre la forme d'une parution dans l'organe officiel de la mutuelle. Toute modification des prestations définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire. Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, toutes les modifications notifiées s'appliquent à l'ensemble des contrats en cours dès leur notification.

Article 2 : limites à la souscription - acceptation des statuts et du règlement

La souscription du contrat TUT'LR est réservée aux personnes physiques âgées de 18 à 75 ans, l'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Elle est subordonnée au fait qu'au moment de la demande, le membre participant :

- ne soit pas atteint d'une des affections de longue durée définies en annexe 4.1 du présent règlement, ou d'une invalidité dont les critères de reconnaissance sont définis en annexe 4.2 du présent règlement ;
- n'ait pas engagé de démarches visant à la reconnaissance d'une des affections de longue durée définies en annexe 4.1 du présent règlement ou d'une invalidité dont les critères de reconnaissance sont définis en annexe 4.2 du présent règlement ;
- ne soit pas reconnu dépendant, c'est-à-dire ne soit pas rattaché à l'un des Groupes Iso-Ressources ouvrant droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ;
- n'ait pas engagé de démarches visant à la reconnaissance d'un état de dépendance dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

La détention simultanée de plusieurs contrats TUT'LR par un même membre participant n'est pas autorisée.

Dans le respect des conditions définies aux articles 5 et 6 des statuts, la souscription du contrat TUT'LR vaut adhésion individuelle à la mutuelle et emporte acceptation desdits statuts et du présent règlement par le membre participant.

Article 3 : groupes de membres participants

Les membres participants se répartissent en six groupes qui, chacun, comprennent une ou plusieurs catégories.

Les membres participants dont le contrat a pris effet avant le 1^{er} janvier 2016 se répartissent au sein de quatre groupes intitulés « 1^{er} groupe », « 2^e groupe », « 3^e groupe » et « 4^e groupe », selon les modalités qui suivent :

1^{er} groupe : les actifs

Catégorie A : Fonctionnaires, stagiaires ou titulaires, du Groupe La Poste et du Groupe Orange (hors position de détachement).

Catégorie B : Salariés de La Poste et d'Orange S.A.

Catégorie H : Autres fonctionnaires ou assimilés.

Catégorie I : Autres salariés, artisans, commerçants, professions libérales.

2^e groupe : les retraités

Catégorie C : Retraités, pensionnés et membres participants bénéficiant d'une cessation totale d'activité professionnelle dans le cadre d'un dispositif d'aménagement de fin de carrière.

3^e groupe : les hors activité

Catégorie D : Membres participants en congé sans traitement, en disponibilité sur demande, en congé parental ou n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée, à l'exception de ceux placés en congé de maladie ou bénéficiant d'un dispositif d'aide aux aidants tel que défini à l'article 4.

4^e groupe : les enfants à charge

Catégorie J : Enfants de membre participant, âgés de moins de 27 ans et n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée.

Enfants de membre participant, âgés de 27 ans et plus, reconnus handicapés et qui n'exercent pas d'activité professionnelle rémunérée.

Les invalides de 1^{ère} catégorie âgés de moins de 60 ans et n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée sont rattachés d'office au 3^e groupe. L'âge atteint est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les invalides des 2^e et 3^e catégories sont assimilés à des retraités. À ce titre, ils sont rattachés d'office au 2^e groupe.

Les membres participants des 3^e et 4^e groupes qui atteignent l'âge de 60 ans sont assimilés à des retraités. À ce titre, ils sont rattachés d'office au 2^e groupe. L'âge atteint est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les membres participants dont le contrat a pris effet après le 31 décembre 2015 se répartissent au sein de deux groupes intitulés « 5^e groupe » et « 6^e groupe », selon les modalités qui suivent :

5^e groupe :

Catégorie K : Membres participants dont le contrat a pris effet avant l'âge de 46 ans (l'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance) et qui exercent une activité professionnelle.

Catégorie L : Membres participants dont le contrat a pris effet avant l'âge de 46 ans (l'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance) et qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

6^e groupe :

Catégorie M : Membres participants dont le contrat a pris effet après l'âge de 45 ans (l'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance) et qui exercent une activité professionnelle.

Catégorie N : Membres participants dont le contrat a pris effet après l'âge de 45 ans (l'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance) et qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

Article 4 : risques couverts

Sous réserve des conditions définies au présent règlement, le contrat TUT'LR prévoit des garanties en couverture des risques suivants :

- incapacité de travail ;
- aide aux aidants (dans le cadre d'un congé de solidarité familiale, d'un congé de proche aidant ou d'un congé de présence parentale) ;
- dépendance ;
- intervention chirurgicale ;
- décès ou invalidité permanente et absolue (I.P.A.) ;
- temporaire décès ;
- natalité.

Article 5 : garantie complémentaire dépendance

Lors de la conclusion du contrat TUT'LR :

- le membre participant rattaché au 6^e groupe a l'obligation de souscrire la garantie complémentaire dépendance, en choisissant un niveau d'indemnisation parmi ceux figurant en annexe 4 ;
- le membre participant rattaché au 5^e groupe a la faculté de souscrire la garantie complémentaire dépendance, en optant pour un niveau d'indemnisation parmi ceux figurant en annexe 4.

Aussi longtemps qu'il est titulaire d'un contrat TUT'LR en cours, le membre participant rattaché au 1^{er}, 2^e, 3^e ou 5^e groupe a la faculté de souscrire la garantie complémentaire dépendance ou de modifier son niveau d'indemnisation, selon les modalités définies au 3^e alinéa du présent article. Le membre participant rattaché au 6^e groupe a la faculté de modifier son niveau d'indemnisation, selon ces mêmes modalités.

Lors de la souscription initiale de la garantie complémentaire dépendance ou en cas de révision à la hausse du niveau d'indemnisation, le membre participant :

- doit, selon le cas, en exprimer la volonté par la signature d'un bulletin de souscription du contrat TUT'LR ou d'un avenant ;
- doit être âgé de moins de 76 ans à la date de prise d'effet de ladite garantie, l'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance ;
- ne doit pas être atteint d'une des affections de longue durée définies en annexe 4.1 du présent règlement, ou d'une invalidité dont les critères de reconnaissance sont définis en annexe 4.2 du présent règlement ;
- ne doit pas avoir engagé de démarches visant à la reconnaissance d'une des affections de longue durée définies en annexe 4.1 du présent règlement ou d'une invalidité dont les critères de reconnaissance sont définis en annexe 4.2 du présent règlement ;
- ne doit pas être reconnu dépendant, c'est-à-dire ne doit pas être rattaché à l'un des Groupes Iso-Ressources ouvrant droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ;

- ne doit pas avoir engagé de démarches visant à la reconnaissance d'un état de dépendance dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

En cas de révision à la baisse du niveau d'indemnisation, le membre participant doit en exprimer la volonté par la signature d'un avenant.

La souscription de la garantie complémentaire au titre du risque dépendance n'est admise qu'une seule fois durant toute la vie du contrat TUT'LR.

La faculté pour le membre participant de modifier à la hausse son niveau d'indemnisation est limitée à une fois par année civile.

Article 6 : changement de situation – changement d'adresse

Le membre participant s'engage à signaler immédiatement à la mutuelle toute modification, de nature administrative, professionnelle ou familiale, susceptible d'avoir une incidence sur son affectation dans l'un ou l'autre des groupes définis à l'article 3. De même, il doit informer la mutuelle de tout changement définitif d'adresse.

La mutuelle ne saurait être tenue pour responsable, à l'égard du membre participant, d'un quelconque préjudice qui découlerait du non-respect de ces dispositions.

Article 7 : prise d'effet du contrat ou de l'avenant – durée – reconduction

Sous réserve d'acceptation de l'adhésion de membre participant par la mutuelle, le contrat TUT'LR, dans toutes ses composantes, prend effet au 1^{er} jour du mois suivant sa signature.

En cas de souscription ultérieure de la garantie complémentaire dépendance, l'avenant prend effet au 1^{er} jour du mois suivant sa signature.

La date de signature d'un bulletin de souscription du contrat TUT'LR ou d'un avenant adressé par courrier est appréciée au jour de son expédition, le cachet de la poste faisant foi.

Le contrat TUT'LR est un contrat annuel dans toutes ses composantes. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction.

Article 8 : droit de renonciation

Le membre participant a la faculté de renoncer à son contrat TUT'LR dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé de la prise d'effet dudit contrat, par lettre adressée à :

- soit par lettre recommandée avec avis de réception à :
 Tutélaire
 TUT'LR
 45 rue Eugène Oudiné
 75013 Paris
- soit par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à :
contact@tutelaire.fr

Toute cotisation perçue par la mutuelle sera remboursée au membre participant au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation rédigée selon le modèle ci-dessous :

Je soussigné(e) « Prénom, NOM », déclare renoncer au contrat TUT'LR n°..... souscrit le et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la cotisation versée, soit..... €.

Fait à le..... « Signature ».

En cas de renonciation, les garanties prennent fin rétroactivement à la date de réception de la lettre de renonciation.

Article 9 : prise d'effet des garanties – délais d'attente

À l'exception des garanties en couverture du risque dépendance, la prise d'effet des garanties :

- coïncide avec la prise d'effet du contrat, telle que définie à l'article 7, en cas d'accident survenu après la date de prise d'effet du contrat ;
- est différée d'un an par rapport à la prise d'effet du contrat, dans les autres cas.

Article 10 : garanties en couverture du risque dépendance

a) Prise d'effet des garanties – délais d'attente

La prise d'effet des garanties en couverture du risque dépendance :

- coïncide avec la prise d'effet du contrat ou de l'avenant, telle que définie à l'article 7, en cas d'accident ;
- est différée d'un an en cas de maladie, de trois ans en cas de maladie neurologique ou psychique telle que listée en annexe 4.1.a du présent règlement.

La survenance d'un état de dépendance durant le délai d'attente conduit :

- pour les membres participants des 1^{er}, 2^e, 3^e et 5^e groupes, à considérer le cas échéant que la garantie complémentaire dépendance n'a jamais pris effet. Les cotisations perçues au titre de cette garantie, nettes de frais de gestion, sont remboursées ;

- pour les membres participants du 6^e groupe, à considérer que le contrat n'a jamais pris effet. Les cotisations perçues, nettes de frais de gestion, sont remboursées.

Les délais d'attente s'appliquent aux avenants visant à l'augmentation du niveau d'indemnisation. L'indemnisation des sinistres survenant durant ces délais d'attente s'effectue au niveau en vigueur antérieurement à la date de prise d'effet de l'avenant.

b) Revalorisation des garanties

Les garanties en couverture du risque dépendance sont revalorisées annuellement en fonction de l'indice EHPAD de l'année précédente. Cette revalorisation est soumise à la validation préalable du conseil d'administration.

Article 11 : cotisation – périodicité – modalités de paiement

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle dont le montant est déterminé au 1^{er} janvier.

La cotisation est due à compter de la date de prise d'effet du contrat TUT'LR. En cas de souscription en cours d'année civile, qu'il s'agisse de la conclusion initiale du contrat ou de la souscription ultérieure de la garantie complémentaire dépendance définie à l'article 5 du présent règlement, la cotisation est due prorata temporis.

Payable d'avance, elle est appelée globalement pour l'ensemble des garanties et intègre les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques auxquels la mutuelle est affiliée.

Le paiement de la cotisation s'effectue exclusivement par précompte sur le traitement, le salaire, la pension de retraite ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire. Selon que la cotisation est réglée annuellement ou par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles, la date d'échéance s'établit respectivement au 1^{er} jour de l'année, du semestre, du trimestre ou du mois qui suit la dernière période acquittée.

Article 12 : dispositions particulières

Le membre participant du 4^e groupe qui devient orphelin de père et de mère est exonéré de cotisation et conserve, aussi longtemps qu'il remplit les conditions d'affectation dans ce groupe, le bénéfice de son contrat TUT'LR.

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations en cas de mobilisation ou de captivité dans le cadre d'un conflit militaire. Durant cette période, il demeure inscrit dans les registres de la mutuelle, mais ne peut prétendre au service des prestations.

Le membre participant qui a été mobilisé ou retenu en captivité recouvre, de plein droit, dès son retour, le bénéfice de son contrat TUT'LR.

Article 13 : résiliation

Le membre participant peut résilier à tout moment son contrat TUT'LR, indépendamment de la date d'envoi de chaque avis d'échéance annuel de cotisation en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au siège de la mutuelle.

Le membre participant rattaché au 1^{er}, 2^e, 3^e ou 5^e groupe peut résilier la seule garantie complémentaire dépendance, en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au siège de la mutuelle. Cette faculté de résiliation de la seule garantie complémentaire dépendance n'est pas admise pour le membre participant rattaché au 6^e groupe.

La résiliation prend effet le lendemain de la date d'envoi de la demande, figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret, sauf si le membre participant précise une date d'effet ultérieure. À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la mutuelle est en droit d'exiger son règlement dans un délai de trente jours, en adressant une mise en demeure au membre participant.

Si le membre participant n'a pas satisfait à cette mise en demeure, la mutuelle procède à la suspension des garanties. La résiliation du contrat TUT'LR peut intervenir dix jours après l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent.

La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, en dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur.

Le membre participant 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 au membre participant, 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.

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

Article 14 : mise en réduction de la garantie complémentaire dépendance

La résiliation du contrat TUT'LR, dès lors qu'elle intervient après paiement d'au moins huit années entières de cotisations au titre de la garantie complémentaire dépendance, entraîne la mise en réduction de ladite garantie complémentaire. La mise en réduction signifie que le souscripteur bénéficie d'un maintien de garantie réduite à compter de la dernière échéance réglée. La garantie est réduite selon le barème en vigueur à la date de mise en réduction et dépend du nombre d'années entières effectivement payées par le souscripteur et de son âge à la souscription de la garantie

complémentaire dépendance. Le barème de mise en réduction de l'année en cours figure en annexe 4.3. Il est susceptible de modification en fonction de l'évolution constatée du risque, telle que définie à l'article 36. La garantie ainsi réduite ne saurait, par la suite, faire l'objet d'une quelconque revalorisation.

La résiliation de la seule garantie complémentaire dépendance, dès lors qu'elle intervient au moins huit ans après sa souscription, entraîne sa mise en réduction. En l'absence de modification du niveau d'indemnisation par le membre participant, la mise en réduction s'effectue selon les conditions exposées ci-dessus.

En cas d'avenant ayant conduit à l'augmentation du niveau d'indemnisation, les droits à mise en réduction sont évalués en considérant chaque niveau pris séparément comme une garantie distincte de niveau 1 tel que défini en annexe 4.

Par extension, l'avenant visant à la diminution du niveau d'indemnisation vaut résiliation de la garantie au niveau considéré. Dès lors qu'il intervient au terme d'une période dont la durée est d'au moins huit années entières de cotisations ou au terme de plusieurs périodes dont la durée cumulée est d'au moins huit années entières de cotisations, il ouvre droit à mise en réduction au niveau 1 d'indemnisation en vigueur à la date de l'avenant et figurant en annexe 4. La garantie est réduite selon le barème de mise en réduction en vigueur à la date de l'avenant et dépend du nombre d'années entières effectivement payées par le souscripteur et de son âge à la souscription de la garantie complémentaire dépendance au niveau considéré. En cas de périodes multiples dont la durée cumulée est d'au moins huit années entières de cotisations pour un même niveau d'indemnisation, la garantie est réduite, par application du barème figurant en annexe 4.3, soit en cumulant l'ensemble des périodes de souscription au niveau considéré, l'âge retenu étant celui de l'adhérent à la date de la souscription la plus ancienne, soit en ne considérant qu'une seule période, si ce mode de calcul est plus favorable pour le membre participant.

Le montant de la rente tel que défini à l'article 33 pris en compte dans le calcul de la mise en réduction est celui en vigueur au moment de la résiliation du contrat TUT'LR, de la seule garantie complémentaire dépendance, ou de l'avenant visant à la diminution du niveau d'indemnisation.

En cas de déséquilibre constaté du dispositif, la mutuelle se réserve le droit de modifier le barème de calcul des prestations servies en application de la mise en réduction de la garantie complémentaire dépendance.

Article 15 : extinction des garanties

Dans la suite du présent règlement, des dispositions particulières précisent, le cas échéant, les modalités d'extinction propres à chaque garantie.

Article 16 : bénéficiaires des prestations

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, le bénéficiaire des prestations versées dans le cadre des garanties mentionnées aux articles 4 et 5 est :

- pour les membres participants des 1^{er}, 2^e, 3^e, 5^e et 6^e groupes, le membre participant lui-même ;
- pour les membres participants du 4^e groupe, soit le représentant légal, soit le membre participant lui-même sous réserve qu'il soit majeur.

Article 17 : pièces justificatives – contrôles

Le membre participant est tenu de fournir les pièces justificatives nécessaires à l'attribution des prestations. Il doit également se soumettre aux contrôles organisés par la mutuelle.

En cas d'observation de ces obligations, la mutuelle se réserve le droit de suspendre tout ou partie des garanties souscrites par le membre participant.

Article 18 : prestations dues aux héritiers

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, en cas de décès du membre participant, les prestations restant dues sont versées à ses héritiers. Ces derniers sont tenus de produire un certificat établissant leurs droits et, plus généralement, toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Article 19 : fausse déclaration

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son affiliation.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, et conformément aux dispositions des articles L. 221-14 et L. 223-25 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées au membre participant par la mutuelle sont nulles (sous réserve de la mention erronée de l'âge du membre participant dans les limites posées par la loi). Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle de la part du membre participant, dès lors que la mauvaise foi n'est pas établie et conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées ne sont pas nulles et peuvent être maintenues ou réduites par la mutuelle selon les modalités envisagées par l'article précité.

Article 20 : exclusions

Les prestations sont servies sous réserve des exclusions suivantes :

- fait de guerre civile, étrangère, insurrection ;
- fait intentionnellement provoqué par le membre participant, notamment rixe, s'il est prouvé qu'il a été l'agresseur, ou

encore acte de terrorisme ou de sabotage auquel le membre participant a participé de manière directe ou indirecte ;

- pratique d'une activité au moyen d'un engin non certifié, non homologué ou d'un engin piloté par une personne non certifiée ;
- vol sur un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- participation à des paris, défis ou tentatives de record ;
- acte effectué sous l'emprise de l'alcool, de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- conséquences d'accident survenu avant la date de prise d'effet du contrat TUT'LR ;
- maladie telle que listée en annexe 4.1 du présent règlement, invalidité telle que définie en annexe 4.2 du présent règlement, dépendance telle que définie à l'article 32 du présent règlement ou état pathologique dont la manifestation initiale est antérieure à la prise d'effet du contrat TUT'LR.

Article 21 : suspension des opérations en cas de guerre ou d'épidémie

En cas de guerre ou d'épidémie, la mutuelle se réserve le droit de suspendre ses opérations ou de prendre toutes mesures qu'elle jugera utiles en vue de remplir équitablement et le plus libéralement possible les obligations contractées par elle envers ses membres participants.

Article 22 : subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'étend aux ayants droit et aux bénéficiaires du membre participant. Elle s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

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

TITRE II

GARANTIES NON-VIE

CHAPITRE I

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

SECTION I

Dispositions communes

Article 23 : modalités de calcul et de versement

La durée calendaire est appliquée pour le calcul de l'ensemble des indemnités journalières.

Les paiements s'effectuent mensuellement, à terme échu.

Article 24 : limite légale d'indemnisation

Le montant des indemnités journalières versées par la mutuelle ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par le membre participant.

SECTION II

Incapacité de travail

Article 25 : champ de la garantie

Sous réserve des exclusions mentionnées dans la suite de la présente section, les garanties prévues en couverture du risque incapacité de travail sont subordonnées au rattachement du membre participant au 1^{er} groupe.

En cas d'arrêt de travail de plus de 90 jours consécutif à une maladie ou à un accident de la vie courante, entraînant une réduction ou une perte de traitement ou de salaire, la mutuelle garantit au membre participant le versement d'indemnités journalières.

Sont exclus des garanties, les arrêts de travail consécutifs à une maladie professionnelle, un accident de service ou un accident de travail.

Sont exclus des garanties, les arrêts de travail des fonctionnaires du Groupe Orange rattachés à la catégorie A survenus postérieurement au 30 juin 2021.

Article 26 : montants des indemnités

1. Indemnités servies aux fonctionnaires rattachés aux catégories A et H.

En période de congé de maladie à demi-traitement, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.1.

En période de disponibilité d'office ou de congé sans traitement avec prestations en espèces de la Sécurité Sociale servies par l'employeur, la mutuelle verse une indemnité journalière majorée dont le montant figure en annexe 1.1.

2. Indemnités servies aux salariés rattachés à la catégorie B, à l'exclusion des salariés de La Poste.

En période de congé de maladie à demi-salaire, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.1.

Au-delà de cette période, en cas de poursuite de l'arrêt de travail, la mutuelle verse une indemnité journalière majorée dont le montant figure en annexe 1.1, dans la limite :

- de 2 ans pour un congé ordinaire de maladie ;
- de 18 mois pour un congé de grave maladie.

3. Indemnités servies aux salariés rattachés à la catégorie I.

En période de congé de maladie avec prestations en espèces de la Sécurité Sociale, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.1, à compter du 91^e jour d'arrêt de travail. Le point de départ de l'indemnisation est apprécié sur une année glissante.

Au-delà de cette période, en cas de poursuite de l'arrêt de travail, la mutuelle verse une indemnité journalière majorée dont le montant figure en annexe 1.1, dans la limite :

- de 2 ans pour un congé de maladie ordinaire ;
- de 18 mois pour un congé lié à une affection chronique ou de longue durée.

4. Indemnités servies aux membres participants rattachés à la catégorie D.

Par dérogation au 1^{er} alinéa de l'article 25, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.1, à compter du 91^e jour de maladie, au membre participant privé d'emploi qui perçoit des indemnités journalières de l'assurance maladie, et ce durant toute la période d'indemnisation par la Sécurité Sociale. Le point de départ de l'indemnisation est apprécié sur une année glissante.

Article 27 : engagement de remboursement

En cas de révision de situation influant sur la durée et/ou le niveau d'indemnisation par la mutuelle, notamment par reconnaissance d'une affection de longue durée, le membre participant s'engage à rembourser les sommes indûment perçues.

En particulier, dans l'hypothèse où la situation du membre participant, ouvrant droit au versement d'indemnités journalières par la mutuelle, apparaît ne pas être en adéquation avec le montant des indemnités effectivement versées, alors qu'il s'avère que le membre participant a bénéficié de versements indus excédant la limite d'indemnisation fixée par l'article 24 du présent règlement, le membre participant s'engage à rembourser le trop perçu à la mutuelle.

SECTION III Aide aux aidants

Article 28 : champ de la garantie

Sous réserve des exclusions mentionnées dans la suite de la présente section, les garanties prévues au titre de l'aide aux aidants sont subordonnées au rattachement du membre participant au 1^{er}, 5^e ou 6^e groupe.

En cas de congé de solidarité familiale, de congé de proche aidant ou de congé de présence parentale, tels que définis par les textes en vigueur, la mutuelle garantit au membre participant le versement d'indemnités journalières.

Par extension, s'agissant des fonctionnaires et des agents contractuels de droit public, le temps partiel de droit pour raisons familiales pris pour donner des soins, tel que défini par les textes en vigueur, est assimilé à un congé de proche aidant.

Article 29 : montant de l'indemnité en cas de congé de solidarité familiale

Durant toute la période du congé de solidarité familiale, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.2.

Article 30 : montant de l'indemnité en cas de congé de proche aidant

Durant toute la période du congé de proche aidant, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.2.

Article 31 : montant de l'indemnité en cas de congé de présence parentale

Durant toute la période du congé de présence parentale, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.3.

CHAPITRE II DÉPENDANCE

Article 32 : champ de la garantie

En cas de dépendance, la mutuelle garantit le versement d'une rente au membre participant âgé d'au moins 60 ans.

L'état de dépendance est établi dès lors que le membre participant se trouve rattaché à l'un des Groupes Iso-Ressources 1, 2 ou 3 (G.I.R.) dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Par extension, la mutuelle garantit le versement d'une rente au membre participant âgé d'au moins 27 ans et de moins de 60 ans reconnu en état d'invalidité permanente et absolue tel que défini à l'alinéa 3 de l'article 37 du présent règlement, qui est réputé rattaché au GIR 3.

Article 33 : montant de la rente

Durant toute la période de dépendance, la mutuelle verse une rente mensuelle dont le montant est fonction des garanties souscrites et du Groupe Iso-Ressources, conformément aux tableaux qui figurent en annexes 1.4 et 4.4.

La prestation est versée à compter du jour de reconnaissance de l'état de dépendance, cette date ne pouvant, en tout état de cause, être antérieure à la date à laquelle le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie a été déclaré complet.

Le montant des rentes servies au titre de la garantie dépendance en inclusion est revalorisé annuellement conformément aux dispositions du (b) de l'article 10.

Le montant des rentes servies au titre de la garantie complémentaire dépendance reste inchangé durant toute la période de dépendance.

La rente versée au membre participant âgé de moins de 60 ans reconnu en état d'invalidité permanente et absolue est servie à compter du jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente et absolue jusqu'au 60^{ème} anniversaire du membre participant. Cette stipulation prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour tous les membres participants âgés de moins de 60 ans et reconnus en état d'invalidité permanente et absolue à cette date, et pour les membres participants âgés de moins de 60 ans et reconnus en état d'invalidité permanente et absolue à compter de cette date.

Le membre participant est tenu de justifier périodiquement de son rattachement à l'un des Groupes Iso-Ressources 1, 2 ou 3 (G.I.R.) en fournissant les pièces justificatives qui lui sont demandées par la mutuelle, dans les délais qui lui sont indiqués. À défaut, le versement de la rente est interrompu.

Le membre participant ou ses héritiers sont tenus de restituer toute somme indûment perçue.

Les montants de la première et de la dernière rente sont calculés prorata temporis.

CHAPITRE III INTERVENTION CHIRURGICALE

Article 34 : champ de la garantie

Sous réserve des exclusions mentionnées dans le présent chapitre, la garantie prévue en couverture du risque intervention chirurgicale est subordonnée au rattachement du membre participant au 1^{er}, 2^e, 3^e ou 4^e groupe.

En cas d'intervention chirurgicale, pratiquée dans le cadre d'une hospitalisation complète et répertoriée sous code regroupement ADC (actes de chirurgie) dans la CCAM (classification commune des actes médicaux), la mutuelle garantit au membre participant le versement d'une indemnité journalière.

Est considérée comme complète, toute hospitalisation comportant au moins une nuit passée dans l'établissement, à l'exclusion des séjours en service de soins de suite et de réadaptation.

Le fait de subir plusieurs interventions chirurgicales durant une même hospitalisation complète n'ouvre droit qu'à une seule indemnisation.

Sont exclues de la garantie les interventions chirurgicales pratiquées hors Union Européenne.

Article 35 : montant de l'indemnité

Durant toute la période d'hospitalisation, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant figure en annexe 1.5.

CHAPITRE IV COTISATION AU TITRE DES GARANTIES NON-VIE

Article 36 : montant de la cotisation

À l'exception de la garantie complémentaire dépendance, la cotisation annuelle au titre des garanties non-vie est déterminée, pour chacun des groupes définis à l'article 3, conformément au tableau figurant en annexe 1.6 en fonction de l'âge atteint par le membre participant.

La cotisation annuelle au titre de la garantie complémentaire dépendance est déterminée en fonction de l'âge à la date de prise d'effet du contrat ou de l'avenant, telle que définie à l'article 7, conformément au tableau qui figure en annexe 4.5. Elle cesse d'être due durant toute la période ouvrant droit à indemnisation.

La cotisation au titre de la garantie complémentaire dépendance est révisée annuellement :

- en fonction de l'évolution constatée du risque. Cette dernière est appréciée par un actuaire conseil indépendant qui conduit chaque année une étude de suivi du risque technique et financier. Cette étude aboutit à un diagnostic sur une loi d'incidence et une loi de maintien dans le risque dont les évolutions participent à la détermination des révisions de cotisations applicables à l'ensemble des souscripteurs de ladite garantie ;
- en fonction de la revalorisation du montant de la prestation telle que stipulée au (b) de l'article 10.

L'âge atteint est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

TITRE III GARANTIES VIE – DÉCÈS

CHAPITRE I

DÉCÈS OU INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (I.P.A.)

Article 37 : champ de la garantie

Sous réserve des exclusions mentionnées dans la suite du présent chapitre, la garantie prévue en couverture du risque décès ou invalidité permanente et absolue est subordonnée au rattachement du membre participant au 1^{er}, 2^e, 3^e ou 4^e groupe.

En cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue du membre participant âgé d'au moins 18 ans, la mutuelle garantit le versement d'une allocation.

L'état d'invalidité permanente et absolue est établi lorsque, par suite d'accident ou de maladie, le membre participant âgé de moins de 60 ans est définitivement et totalement incapable d'exercer une profession quelconque et se trouve dans l'obligation d'avoir recours, de façon définitive, à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Article 38 : disposition particulière d'extinction de la garantie

Le versement de l'allocation au titre de l'invalidité permanente et absolue met fin à la garantie.

Article 39 : montant de l'allocation

L'allocation versée par la mutuelle est fonction de l'âge atteint par le membre participant au moment de son décès ou de la survenance de son état d'invalidité permanente et absolue, conformément au tableau figurant en annexe 2.1.

Article 40 : bénéficiaires de l'allocation

En cas d'invalidité permanente et absolue, le bénéficiaire de l'allocation est le membre participant lui-même.

En cas de décès, l'allocation est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant.

À défaut de désignation ou en cas de décès de l'ensemble des bénéficiaires désignés, l'allocation est versée :

- au conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps par une décision judiciaire définitive à la date du décès ;
- à défaut, au partenaire survivant lié par un pacte civil de solidarité non dissout à la date du décès ;
- à défaut, au concubin ;
- à défaut, aux enfants, nés ou à naître ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, aux ascendants par parts égales ;
- à défaut, aux frères et sœurs par parts égales ;
- à défaut, aux héritiers.

La garantie cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au membre participant. Dans ce cas, l'allocation est versée suivant l'ordre de désignation.

CHAPITRE II COTISATION AU TITRE DU DÉCÈS OU DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (I.P.A.)

Article 41 : montant de la cotisation

La cotisation annuelle au titre du décès ou de l'invalidité permanente et absolue (I.P.A.) est déterminée, conformément au tableau figurant en annexe 2.2 en fonction de l'âge atteint par le membre participant.

L'âge atteint est obtenu par différence de millésimes entre l'année de calcul et l'année de naissance.

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent article, le tarif applicable aux membres participants des 1^{er}, 3^e et 4^e groupes est le tarif non lissé.

Par exception au 1^{er} alinéa, la cotisation des membres participants du 1^{er} groupe âgés de 71 ans et plus est calculée sur la base d'un âge atteint égal à 71 ans.

Le tarif applicable aux membres participants du 2^e groupe est le tarif lissé. Par exception au 1^{er} alinéa, leur cotisation est déterminée en fonction de l'âge atteint au moment de leur premier rattachement à ce groupe, y compris en cas de rattachement ultérieur à l'un des trois autres groupes.

Les membres participants retraités avant le 1^{er} janvier 2003 sont réputés avoir été rattachés au 2^e groupe en 2003.

CHAPITRE III TEMPORAIRE DÉCÈS

Article 42 : population concernée

La temporaire décès s'applique aux salariés de La Poste rattachés à la catégorie B sans interruption depuis le 31 décembre 2006 et ayant opté au plus tard à cette date pour la garantie.

Elle s'applique obligatoirement aux salariés de La Poste rattachés à la catégorie B après le 31 décembre 2006 ainsi qu'aux membres participants rattachés au 5^e groupe.

Article 43 : champ de la garantie – montant de l'allocation

En cas de décès du membre participant âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 67 ans, la mutuelle garantit le versement d'une allocation dont le montant figure en annexe 2.3.

Article 44 : bénéficiaires de l'allocation

En cas de décès, l'allocation est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant.

À défaut de désignation ou en cas de décès de l'ensemble des bénéficiaires désignés, l'allocation est versée aux héritiers.

La garantie cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au membre participant. Dans ce cas, l'allocation est versée suivant l'ordre de désignation.

CHAPITRE IV

COTISATION AU TITRE DE LA TEMPORAIRE DÉCÈS

Article 45 : montant de la cotisation

La cotisation annuelle au titre de la temporaire décès est déterminée conformément au tableau figurant en annexe 2.4 en fonction de l'âge atteint par le membre participant.

L'âge atteint est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

CHAPITRE V

PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS

Article 46 : dispositions relatives à la participation aux excédents

En application de l'article L223-25-5 du Code de la mutualité, la mutuelle fait participer les membres participants et les bénéficiaires désignés aux excédents techniques et financiers des opérations relatives aux garanties vie-décès.

Conformément à l'article D223-6 du Code de la mutualité, le montant des participations aux excédents peut être affecté directement aux provisions mathématiques ou porté, partiellement ou totalement, à la provision pour participation aux excédents prévue à l'article R. 343-3 du Code des assurances. Les sommes portées à cette dernière provision sont affectées à la provision mathématique ou versées aux membres participants au cours des huit exercices suivant celui au titre duquel elles ont été portées à la provision pour participation aux excédents.

Le versement aux membres participants peut prendre la forme d'une réduction de cotisation.

TITRE IV

GARANTIES NUPTIALITÉ – NATALITÉ

CHAPITRE I

NATALITÉ

Article 47 : champ de la garantie – montant de l'allocation

Sous réserve des exclusions mentionnées dans la suite du présent chapitre, la garantie prévue au titre de la maternité, de la paternité ou de l'adoption est subordonnée au rattachement du membre participant au 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e ou 5^e groupe.

En cas de maternité, de paternité ou d'adoption par le membre participant âgé de moins de 60 ans, la mutuelle garantit le versement d'une allocation dont le montant figure en annexe 3.1.

CHAPITRE II

COTISATION AU TITRE DES GARANTIES NUPTIALITÉ – NATALITÉ

Article 48 : montant de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle au titre des garanties nuptialité - natalité figure en annexe 3.2.

Les membres participants qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans sont dispensés de son paiement. L'âge atteint est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

TITRE V

ACTION SOCIALE

Article 49 : aide pécuniaire – remise gracieuse

En cas de graves difficultés financières générées par la maladie, le handicap, un bouleversement familial, une catastrophe naturelle, la mutuelle peut, sur avis de la commission d'action sociale ou de la commission nationale telles qu'elles sont définies à l'article 79 des statuts, verser au membre participant une aide pécuniaire non remboursable.

Par extension, en raison de circonstances exceptionnelles, la mutuelle peut consentir la remise gracieuse totale ou partielle de la dette dont le membre participant est redevable en application de l'article 27 du présent règlement.

Article 50 : allocation obsèques

En cas de décès d'un enfant de moins de 18 ans, ou d'un enfant reconnu handicapé quel que soit son âge, la mutuelle peut verser au membre participant, de manière discrétionnaire, une allocation obsèques.

Article 51 : accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge

La mutuelle peut attribuer, de manière discrétionnaire, au membre participant retraité rattaché au 2^e, 5^e ou 6^e groupe, des chèques emploi-service universels (CESU) gratuits dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge.

TITRE VI

DIFFICULTÉS RELATIVES À L'EXÉCUTION DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Article 52 : prescription

Conformément aux articles L. 221-11, L221-12 et L221-12-1 du Code de la mutualité, toutes les actions relatives aux garanties

non-vie et nuptialité - natalité sont prescrites par deux 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union 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 l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1^o de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du deuxième point du deuxième alinéa du présent article, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 53 : réclamations

Toute réclamation relative à l'exécution du présent règlement doit être formulée par écrit et adressée :

- soit par courrier à :
Tutelaire
Service réclamations
45 rue Eugène Oudiné
75013 Paris
- soit par courriel à :
reclamations@tutelaire.fr

Sauf circonstances particulières, la mutuelle s'engage à répondre au réclamant dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Article 54 : médiation

Toute réclamation non résolue à l'amiable ou par voie de médiation relative au bulletin d'adhésion ou à l'exécution du présent règlement sera de la compétence exclusive des tribunaux civils dont dépend le siège de la mutuelle.

Au préalable, et après épuisement des procédures internes de règlement amiable des réclamations, le membre participant, le cas échéant son représentant légal ou ses ayants droit, pourront avoir recours aux services du médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). Le médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le médiateur fédéral
255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15
- soit sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le recours à la médiation n'est pas possible lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

TITRE VII

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Article 55 : protection des données personnelles

Les informations personnelles et nominatives concernant les membres participants et leurs ayants droit collectées par la mutuelle sont traitées par Tutelaire en tant que responsable de traitement dont le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté en adressant un email à l'adresse suivante dpo@tutelaire.fr.

À ce titre, ce dernier s'engage à respecter la réglementation applicable à la protection des données à caractère personnel, telle qu'issue notamment (i) de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et de ses textes d'application, et (ii) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 (« RGPD »).

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement ayant pour finalités la gestion et l'exécution du contrat, la gestion du risque et la réalisation d'opérations de prospection commerciale.

Ces traitements ont pour base légale :

- Le consentement des membres participants et leurs ayants droit en matière de prospection commerciale. Quel que soit le canal de communication utilisé pour réaliser l'opération de prospection

commerciale, ces derniers auront toujours la possibilité de s'opposer facilement et gratuitement à cette prospection.

- L'exécution du contrat pour les autres finalités précitées.

À défaut pour les membres participants et leurs ayants droit de fournir leurs données à caractère personnel, le présent contrat ne pourra prendre effet.

Ces données à caractère personnel sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois, elles pourront être communiquées, dans le respect des finalités susmentionnées, à des sous-traitants, prestataires, mandataires et réassureurs, en vue de l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Elles pourront également être transmises, à leur demande, aux auditeurs de la mutuelle, à son Autorité de contrôle ainsi qu'aux autorités administratives ou judiciaires, étant précisé qu'aucun transfert de ces données n'a lieu en dehors de l'Espace Economique Européen.

Les données collectées sont conservées pendant la durée du contrat, et au-delà, pendant la durée de la prescription applicable selon les cas, conformément notamment aux dispositions du Code des assurances, du Code de la sécurité sociale, du Code de la mutualité et du Code civil.

En application de la réglementation applicable, les membres participants et leurs ayants droit peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement s'agissant de toute donnée à caractère personnel qui figurerait dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, des tiers listés ci-dessus, en adressant un email à l'adresse suivante donneespersonnelles@tutelaire.fr ou par courrier simple, accompagné d'une copie d'un justificatif d'identité comportant la signature de son titulaire en précisant l'adresse à laquelle la réponse de Tutelaire doit parvenir, au siège de la mutuelle (Tutelaire – 45 rue Eugène Oudiné – 75013 Paris).

Les membres participants et leurs ayants droit ont la possibilité de se voir transmettre l'ensemble de leurs données personnelles dans un format structuré dans le cas où ils souhaiteraient les transmettre à un autre responsable de traitement ainsi que du droit de demander à ce que leurs données ne soient plus soumises au traitement décrit.

Les ayants-droit peuvent également, à tout moment, modifier ou révoquer les directives fixées par les membres participants relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Les membres participants et leurs ayants droit ont également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (« CNIL ») (www.cnil.fr).

TITRE VIII

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Article 56 : Autorité de contrôle

L'Autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

GARANTIES NON-VIE

Annexe 1

1.1. Incapacité de travail

Indemnité journalière	Indemnité journalière majorée
4,60 €	6,10 €

1.2. Congé de solidarité familiale ou congé de proche aidant

Cessation d'activité	Indemnité journalière
< 50 %	10,00 €
≥ 50 % et < 80 %	15,00 €
≥ 80 %	20,00 €

1.3. Congé de présence parentale

Indemnité journalière	7,70 €
-----------------------	--------

1.4. Dépendance en inclusion

Rente mensuelle	GIR 1 et 2	160,00 €
	GIR 3	142,00 €

1.5. Intervention chirurgicale

Indemnité journalière	13,00 €
-----------------------	---------

1.6. Cotisation annuelle au titre des garanties non-vie

âge	Souscription avant le 01/01/2016					Souscription après le 31/12/2015			
	1 ^{er} GROUPE		2 ^e GROUPE	3 ^e GROUPE	4 ^e GROUPE	5 ^e GROUPE		6 ^e GROUPE	
	actifs		retraités	hors activité	enfants à charge	souscription jusqu'à 45 ans		souscription à partir de 46 ans	
	fonctionnaires et salariés ⁽¹⁾	fonctionnaires du Groupe Orange et salariés de La Poste ⁽²⁾				actifs	hors activité	actifs	hors activité
jusqu'à 26 ans	59,04 €	8,16 €	5,28 €	5,28 €	5,28 €	2,88 €			
de 27 à 32 ans	62,28 €	11,40 €	8,52 €	8,52 €	5,28 €	6,12 €	3,24 €		
33 ans	63,84 €	12,96 €	10,08 €	10,08 €	5,28 €	7,68 €	4,80 €		
34 ans	63,96 €	13,08 €	10,20 €	10,20 €	5,28 €	7,80 €	4,92 €		
35 ans	64,20 €	13,32 €	10,44 €	10,44 €	5,28 €	8,04 €	5,16 €		
36 ans	64,32 €	13,44 €	10,56 €	10,56 €	5,28 €	8,16 €	5,28 €		
37 ans	64,44 €	13,56 €	10,68 €	10,68 €	5,28 €	8,28 €	5,40 €		
38 ans	64,56 €	13,68 €	10,80 €	10,80 €	5,28 €	8,40 €	5,52 €		
39 ans	64,68 €	13,80 €	10,92 €	10,92 €	5,28 €	8,52 €	5,64 €		
40 ans	66,60 €	15,72 €	12,84 €	12,84 €	5,28 €	10,44 €	7,56 €		
41 ans	68,40 €	17,52 €	14,64 €	14,64 €	5,28 €	12,24 €	9,36 €		
42 ans	70,32 €	19,44 €	16,56 €	16,56 €	5,28 €	14,16 €	11,28 €		
43 ans	72,60 €	21,72 €	18,84 €	18,84 €	5,28 €	16,44 €	13,56 €		
44 ans	74,40 €	23,52 €	20,64 €	20,64 €	5,28 €	18,24 €	15,36 €		
45 ans	76,44 €	25,56 €	22,68 €	22,68 €	5,28 €	20,28 €	17,40 €		
46 ans	77,76 €	26,88 €	24,00 €	24,00 €	5,28 €	21,60 €	18,72 €	21,60 €	18,72 €
47 ans	79,32 €	28,44 €	25,56 €	25,56 €	5,28 €	23,16 €	20,28 €	23,16 €	20,28 €
48 ans	80,64 €	29,76 €	26,88 €	26,88 €	5,28 €	24,48 €	21,60 €	24,48 €	21,60 €
49 ans	82,20 €	31,32 €	28,44 €	28,44 €	5,28 €	26,04 €	23,16 €	26,04 €	23,16 €
50 ans	83,52 €	32,64 €	29,76 €	29,76 €	5,28 €	27,36 €	24,48 €	27,36 €	24,48 €
51 ans	88,20 €	37,32 €	34,44 €	34,44 €	5,28 €	32,04 €	29,16 €	32,04 €	29,16 €
52 ans	93,12 €	42,24 €	39,36 €	39,36 €	5,28 €	36,96 €	34,08 €	36,96 €	34,08 €
53 ans	98,16 €	47,28 €	44,40 €	44,40 €	5,28 €	42,00 €	39,12 €	42,00 €	39,12 €
54 ans	103,20 €	52,32 €	49,44 €	49,44 €	5,28 €	47,04 €	44,16 €	47,04 €	44,16 €
55 ans	108,36 €	57,48 €	54,60 €	54,60 €	5,28 €	52,20 €	49,32 €	52,20 €	49,32 €
56 ans	110,52 €	59,64 €	56,76 €	56,76 €	5,28 €	54,36 €	51,48 €	54,36 €	51,48 €
57 ans	112,68 €	61,80 €	58,92 €	58,92 €	5,28 €	56,52 €	53,64 €	56,52 €	53,64 €
58 ans	115,08 €	64,20 €	61,32 €	61,32 €	5,28 €	58,92 €	56,04 €	58,92 €	56,04 €
59 ans	117,24 €	66,36 €	63,48 €	63,48 €	5,28 €	61,08 €	58,20 €	61,08 €	58,20 €
60 ans	120,84 €	69,96 €	67,08 €			64,68 €	61,80 €	64,68 €	61,80 €
61 ans	124,20 €	73,32 €	70,44 €			67,80 €	64,92 €	67,80 €	64,92 €
62 ans	127,68 €	76,80 €	73,92 €			71,28 €	68,40 €	71,28 €	68,40 €
63 ans	131,04 €	80,16 €	77,28 €			74,64 €	71,76 €	74,64 €	71,76 €
64 ans	134,52 €	83,64 €	80,76 €			78,12 €	75,24 €	78,12 €	75,24 €
65 ans	138,12 €	87,24 €	84,36 €			81,72 €	78,84 €	81,72 €	78,84 €
66 ans	141,60 €	90,72 €	87,84 €			85,20 €	82,32 €	85,20 €	82,32 €
67 ans	145,32 €	94,44 €	91,56 €			88,92 €	86,04 €	88,92 €	86,04 €
68 ans	147,36 €	96,48 €	93,60 €			90,96 €	88,08 €	90,96 €	88,08 €
69 ans	148,08 €	97,20 €	94,32 €			91,68 €	88,80 €	91,68 €	88,80 €
70 ans	148,56 €	97,68 €	94,80 €			92,16 €	89,28 €	92,16 €	89,28 €
71 ans	148,92 €	98,04 €	95,16 €			92,52 €	89,64 €	92,52 €	89,64 €
72 ans	149,28 €	98,40 €	95,52 €			92,88 €	90,00 €	92,88 €	90,00 €
73 ans	149,40 €	98,52 €	95,64 €			93,00 €	90,12 €	93,00 €	90,12 €
74 ans	149,52 €	98,64 €	95,76 €			93,12 €	90,24 €	93,12 €	90,24 €
75 ans et +	149,64 €	98,76 €	95,88 €			93,24 €	90,36 €	93,24 €	90,36 €

(1) Fonctionnaires, hors fonctionnaires du Groupe Orange, salariés rattachés aux catégories A, H et I et salariés d'Orange S.A. rattachés à la catégorie B.

(2) Salariés de La Poste rattachés à la catégorie B.

GARANTIES VIE - DÉCÈS

Annexe 2

2.1. Allocation au titre de la garantie décès ou invalidité permanente et absolue

âge atteint	jusqu'à 70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans	76 ans	77 ans	78 ans	79 ans	80 ans et +
montant	2 000 €	1 850 €	1 700 €	1 550 €	1 400 €	1 250 €	1 100 €	950 €	800 €	650 €	500 €

2.2. Cotisation annuelle au titre de la garantie décès ou invalidité permanente et absolue

âge atteint	tarif annuel non lissé	tarif annuel lissé	âge atteint	tarif annuel non lissé	tarif annuel lissé	âge atteint	tarif annuel non lissé	tarif annuel lissé	âge atteint	tarif annuel non lissé	tarif annuel lissé
18 ans	2,28 €	11,88 €	33 ans	2,88 €	18,36 €	48 ans	6,84 €	24,96 €	63 ans	26,88 €	35,16 €
19 ans	2,28 €	12,12 €	34 ans	3,00 €	18,72 €	49 ans	7,32 €	25,56 €	64 ans	28,56 €	35,88 €
20 ans	2,16 €	12,24 €	35 ans	3,12 €	19,08 €	50 ans	8,04 €	26,16 €	65 ans	30,36 €	36,48 €
21 ans	2,16 €	12,48 €	36 ans	3,48 €	19,44 €	51 ans	8,52 €	26,76 €	66 ans	32,16 €	37,20 €
22 ans	2,04 €	12,60 €	37 ans	3,96 €	19,80 €	52 ans	9,12 €	27,36 €	67 ans	33,72 €	37,92 €
23 ans	1,92 €	12,84 €	38 ans	4,08 €	20,28 €	53 ans	10,20 €	28,08 €	68 ans	35,88 €	38,64 €
24 ans	1,68 €	13,08 €	39 ans	4,08 €	20,64 €	54 ans	11,40 €	28,80 €	69 ans	38,04 €	39,36 €
25 ans	1,56 €	16,08 €	40 ans	3,84 €	21,00 €	55 ans	12,84 €	29,52 €	70 ans	40,32 €	40,20 €
26 ans	1,56 €	16,32 €	41 ans	3,72 €	21,48 €	56 ans	14,16 €	30,24 €	71 ans	40,32 €	40,92 €
27 ans	1,68 €	13,68 €	42 ans	3,84 €	21,84 €	57 ans	15,72 €	30,96 €	72 ans	40,80 €	41,76 €
28 ans	1,92 €	13,92 €	43 ans	4,56 €	22,32 €	58 ans	17,52 €	31,68 €	73 ans	41,40 €	42,72 €
29 ans	2,16 €	17,16 €	44 ans	5,40 €	22,80 €	59 ans	19,80 €	32,40 €	74 ans	41,52 €	43,68 €
30 ans	2,40 €	17,40 €	45 ans	5,76 €	23,28 €	60 ans	21,84 €	33,24 €	75 ans et +	41,04 €	44,76 €
31 ans	2,52 €	17,76 €	46 ans	5,88 €	23,88 €	61 ans	24,00 €	33,84 €			
32 ans	2,76 €	14,88 €	47 ans	6,36 €	24,36 €	62 ans	25,44 €	34,44 €			

2.3. Allocation au titre de la garantie temporaire décès

Allocation	16 500 €
------------	----------

2.4. Cotisation annuelle au titre de la garantie temporaire décès

âge atteint	montant	âge atteint	montant	âge atteint	montant
18 ans	7,68 €	35 ans	14,16 €	52 ans	42,48 €
19 ans	7,68 €	36 ans	16,56 €	53 ans	48,36 €
20 ans	7,68 €	37 ans	18,60 €	54 ans	54,96 €
21 ans	7,68 €	38 ans	19,44 €	55 ans	61,92 €
22 ans	7,80 €	39 ans	19,44 €	56 ans	68,52 €
23 ans	7,80 €	40 ans	19,44 €	57 ans	75,48 €
24 ans	7,80 €	41 ans	19,44 €	58 ans	84,72 €
25 ans	7,80 €	42 ans	19,44 €	59 ans	96,96 €
26 ans	7,80 €	43 ans	19,44 €	60 ans	110,76 €
27 ans	7,80 €	44 ans	22,68 €	61 ans	122,52 €
28 ans	7,80 €	45 ans	25,56 €	62 ans	132,36 €
29 ans	8,64 €	46 ans	26,28 €	63 ans	140,76 €
30 ans	9,96 €	47 ans	27,84 €	64 ans	148,80 €
31 ans	11,28 €	48 ans	30,12 €	65 ans	148,80 €
32 ans	12,48 €	49 ans	33,12 €	66 ans	164,16 €
33 ans	12,96 €	50 ans	35,88 €	67 ans	171,36 €
34 ans	13,08 €	51 ans	38,64 €		

GARANTIES NUPTIALITÉ - NATALITÉ

Annexe 3

3.1. Natalité

Allocation	150 €
------------	-------

3.2. Cotisation annuelle au titre des garanties nuptialité - natalité

âge atteint	montant	âge atteint	montant	âge atteint	montant
jusqu'à 42 ans	3,36 €	46 ans	2,88 €	50 ans	2,40 €
43 ans	3,24 €	47 ans	2,76 €	51 ans	2,28 €
44 ans	3,12 €	48 ans	2,64 €	52 ans	2,16 €
45 ans	3,00 €	49 ans	2,52 €	de 53 à 59 ans	2,04 €

4.1. Liste des affections de longue durée

4.1. a) *Maladies neurologiques ou psychiques*

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Maladie de Parkinson ;
- Affections psychiatriques de longue durée ;
- Sclérose en plaques.

4.1. b) *Autres affections de longue durée*

- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Maladies chroniques actives du foie et cirroses ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Maladie coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- Paraplégie ;
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- Spondylarthrite grave ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active, lèpre ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

4.2. Critères de reconnaissance d'une invalidité

La reconnaissance d'une invalidité est déterminée par le bénéficiaire :

- de la prestation de compensation du handicap ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne ;
- d'une pension d'invalidité.

4.3. Barème de mise en réduction de la garantie complémentaire dépendance

âge	durée de cotisation en année																													
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 et +							
27 ans	17%	18%	20%	22%	24%	26%	27%	29%	31%	32%	34%	35%	37%	38%	40%	41%	43%	44%	45%	47%	48%	49%	50%							
28 ans	17%	19%	20%	22%	24%	26%	28%	29%	31%	33%	34%	36%	37%	39%	40%	42%	43%	44%	46%	47%	48%	50%	51%							
29 ans	17%	19%	21%	23%	24%	26%	28%	30%	31%	33%	34%	36%	38%	39%	41%	42%	43%	45%	46%	47%	49%	50%	51%							
30 ans	17%	19%	21%	23%	25%	26%	28%	30%	31%	33%	35%	36%	38%	39%	41%	42%	44%	45%	47%	48%	49%	50%	52%							
31 ans	17%	19%	21%	23%	25%	27%	28%	30%	32%	33%	35%	37%	38%	40%	41%	43%	44%	46%	47%	48%	50%	51%	52%							
32 ans	17%	19%	21%	23%	25%	27%	29%	30%	32%	34%	35%	37%	39%	40%	42%	43%	45%	46%	47%	49%	50%	51%	52%							
33 ans	18%	20%	21%	23%	25%	27%	29%	31%	32%	34%	36%	37%	39%	41%	42%	44%	45%	46%	48%	49%	50%	51%	53%							
34 ans	18%	20%	22%	24%	26%	27%	29%	31%	33%	34%	36%	38%	39%	41%	43%	44%	45%	47%	48%	50%	51%	52%	53%							
35 ans	18%	20%	22%	24%	26%	28%	30%	31%	33%	35%	37%	38%	40%	41%	43%	44%	46%	47%	49%	50%	51%	52%	53%							
36 ans	18%	20%	22%	24%	26%	28%	30%	32%	33%	35%	37%	39%	40%	42%	43%	45%	46%	48%	49%	50%	51%	53%	54%							
37 ans	18%	20%	22%	24%	26%	28%	30%	32%	34%	36%	37%	39%	41%	42%	44%	45%	47%	48%	49%	51%	52%	53%	54%							
38 ans	19%	21%	23%	25%	27%	29%	31%	32%	34%	36%	38%	40%	41%	43%	44%	46%	47%	48%	50%	51%	52%	53%	54%							
39 ans	19%	21%	23%	25%	27%	29%	31%	33%	35%	36%	38%	40%	42%	43%	45%	46%	47%	49%	50%	51%	53%	54%	55%							
40 ans	19%	21%	23%	25%	27%	29%	31%	33%	35%	37%	39%	40%	42%	44%	45%	46%	48%	49%	50%	52%	53%	54%	55%							
41 ans	19%	21%	24%	26%	28%	30%	32%	34%	36%	37%	39%	41%	42%	44%	45%	47%	48%	49%	51%	52%	53%	55%	56%							
42 ans	20%	22%	24%	26%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%	41%	43%	44%	46%	47%	48%	50%	51%	53%	54%	55%	56%							
43 ans	20%	22%	24%	26%	29%	31%	33%	35%	37%	38%	40%	42%	43%	45%	46%	47%	49%	50%	52%	53%	54%	56%	57%							
44 ans	20%	22%	25%	27%	29%	31%	33%	35%	37%	39%	40%	42%	43%	45%	46%	48%	49%	51%	52%	53%	55%	56%	57%							
45 ans	20%	23%	25%	27%	29%	31%	34%	36%	37%	39%	41%	42%	44%	45%	47%	48%	50%	51%	53%	54%	55%	57%	58%							
46 ans	21%	23%	25%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	39%	41%	43%	44%	46%	47%	49%	50%	52%	53%	54%	56%	57%	58%							
47 ans	21%	23%	26%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%	41%	43%	45%	46%	48%	49%	51%	52%	54%	55%	56%	57%	59%							
48 ans	21%	24%	26%	28%	31%	33%	34%	36%	38%	40%	42%	43%	45%	47%	48%	50%	51%	53%	54%	55%	57%	58%	59%							
49 ans	22%	24%	27%	29%	31%	33%	35%	37%	38%	40%	42%	44%	45%	47%	49%	50%	52%	53%	55%	56%	57%	58%	60%							
50 ans	22%	25%	27%	29%	31%	33%	35%	37%	39%	41%	42%	44%	46%	48%	49%	51%	52%	54%	55%	56%	58%	59%	60%							
51 ans	23%	25%	27%	29%	31%	33%	35%	37%	39%	41%	43%	45%	46%	48%	50%	51%	53%	54%	56%	57%	58%	59%	60%							
52 ans	23%	25%	27%	29%	32%	34%	36%	38%	40%	41%	43%	45%	47%	49%	50%	52%	53%	55%	56%	57%	58%	59%	60%							
53 ans	23%	25%	27%	30%	32%	34%	36%	38%	40%	42%	44%	46%	47%	49%	51%	52%	54%	55%	56%	58%	59%	60%	61%							
54 ans	23%	25%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%	42%	44%	46%	48%	50%	51%	53%	54%	56%	57%	58%	59%	60%	61%							
55 ans	23%	25%	28%	30%	32%	34%	37%	39%	41%	43%	45%	47%	48%	50%	52%	53%	55%	56%	57%	58%	59%	60%	61%							
56 ans	23%	26%	28%	30%	33%	35%	37%	39%	41%	43%	45%	47%	49%	50%	52%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	60%	60%							
57 ans	23%	26%	28%	31%	33%	35%	37%	40%	42%	44%	46%	48%	49%	51%	52%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	60%	60%							
58 ans	23%	26%	28%	31%	33%	36%	38%	40%	42%	44%	46%	48%	50%	51%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	59%	60%							
59 ans	23%	26%	29%	31%	34%	36%	38%	40%	43%	45%	47%	48%	50%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	59%	60%							
60 ans	24%	26%	29%	31%	34%	36%	39%	41%	43%	45%	47%	49%	50%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	58%	59%	59%							
61 ans	24%	27%	30%	32%	35%	37%	39%	42%	44%	46%	48%	49%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	57%	58%	59%	59%							
62 ans	25%	28%	30%	33%	35%	38%	40%	42%	44%	46%	48%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	57%	58%	58%	59%							
63 ans	25%	28%	31%	33%	36%	38%	41%	43%	45%	47%	48%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	56%	57%	57%	58%	59%							
64 ans	26%	29%	32%	34%	37%	39%	41%	43%	45%	47%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	55%	56%	56%	57%	58%	58%							
65 ans	26%	29%	32%	35%	37%	40%	42%	44%	46%	47%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	54%	55%	56%	56%	57%	57%	58%							
66 ans	27%	30%	33%	35%	38%	40%	42%	44%	46%	47%	49%	50%	51%	52%	52%	53%	54%	54%	55%	56%	56%	57%	57%							
67 ans	28%	31%	33%	36%	38%	40%	42%	44%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	53%	54%	55%	55%	56%	56%	57%							
68 ans	28%	31%	34%	36%	39%	41%	43%	44%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	51%	52%	53%	54%	54%	55%	55%	55%	55%							
69 ans	29%	31%	34%	37%	39%	41%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	51%	52%	53%	54%	54%	54%	54%	54%							
70 ans	29%	32%	34%	37%	39%	41%	42%	44%	45%	46%	47%	48%	48%	49%	50%	51%	52%	52%	53%	53%	53%	53%	53%							
71 ans	29%	32%	34%	37%	39%	40%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	49%	50%	51%	52%	52%	52%	52%	52%	52%							
72 ans	29%	32%	34%	36%	38%	40%	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	49%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%							
73 ans	29%	32%	34%	36%	37%	39%	40%	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	48%	49%	49%	49%	49%	49%	49%	49%							
74 ans	29%	31%	33%	35%	37%	38%	39%	40%	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	47%	47%	47%	47%	47%	47%	47%	47%							
75 ans	28%	31%	32%	34%	35%	37%	38%	39%	40%	41%	42%	43%	44%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%							

4.4. Montant de la rente mensuelle au titre de la garantie complémentaire dépendance
(applicable aux survenances à compter du 1^{er} janvier 2021)

Rente mensuelle	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
GIR 1 et 2	160,00 €	320,00 €	480,00 €
GIR 3	142,00 €	284,00 €	426,00 €

4.5. Cotisation annuelle au titre de la garantie complémentaire dépendance

âge	niveau 1	niveau 2	niveau 3	âge	niveau 1	niveau 2	niveau 3	âge	niveau 1	niveau 2	niveau 3
jusqu'à 20 ans	60,00 €	120,00 €	180,00 €	39 ans	76,80 €	153,60 €	230,40 €	58 ans	114,00 €	228,00 €	342,00 €
21 ans	60,72 €	121,44 €	182,16 €	40 ans	78,00 €	156,00 €	234,00 €	59 ans	117,36 €	234,72 €	352,08 €
22 ans	61,32 €	122,64 €	183,96 €	41 ans	79,32 €	158,64 €	237,96 €	60 ans	120,84 €	241,68 €	362,52 €
23 ans	62,04 €	124,08 €	186,12 €	42 ans	80,64 €	161,28 €	241,92 €	61 ans	124,44 €	248,88 €	373,32 €
24 ans	62,76 €	125,52 €	188,28 €	43 ans	82,08 €	164,16 €	246,24 €	62 ans	128,16 €	256,32 €	384,48 €
25 ans	63,48 €	126,96 €	190,44 €	44 ans	83,52 €	167,04 €	250,56 €	63 ans	132,24 €	264,48 €	396,72 €
26 ans	64,32 €	128,64 €	192,96 €	45 ans	85,08 €	170,16 €	255,24 €	64 ans	136,56 €	273,12 €	409,68 €
27 ans	65,04 €	130,08 €	195,12 €	46 ans	86,64 €	173,28 €	259,92 €	65 ans	141,24 €	282,48 €	423,72 €
28 ans	65,88 €	131,76 €	197,64 €	47 ans	88,32 €	176,64 €	264,96 €	66 ans	146,28 €	292,56 €	438,84 €
29 ans	66,72 €	133,44 €	200,16 €	48 ans	90,00 €	180,00 €	270,00 €	67 ans	151,68 €	303,36 €	455,04 €
30 ans	67,56 €	135,12 €	202,68 €	49 ans	91,92 €	183,84 €	275,76 €	68 ans	157,44 €	314,88 €	472,32 €
31 ans	68,52 €	137,04 €	205,56 €	50 ans	93,84 €	187,68 €	281,52 €	69 ans	163,68 €	327,36 €	491,04 €
32 ans	69,36 €	138,72 €	208,08 €	51 ans	95,88 €	191,76 €	287,64 €	70 ans	170,40 €	340,80 €	511,20 €
33 ans	70,32 €	140,64 €	210,96 €	52 ans	98,04 €	196,08 €	294,12 €	71 ans	182,52 €	365,04 €	547,56 €
34 ans	71,28 €	142,56 €	213,84 €	53 ans	100,32 €	200,64 €	300,96 €	72 ans	195,72 €	391,44 €	587,16 €
35 ans	72,36 €	144,72 €	217,08 €	54 ans	102,72 €	205,44 €	308,16 €	73 ans	210,24 €	420,48 €	630,72 €
36 ans	73,44 €	146,88 €	220,32 €	55 ans	105,24 €	210,48 €	315,72 €	74 ans	225,96 €	451,92 €	677,88 €
37 ans	74,52 €	149,04 €	223,56 €	56 ans	108,00 €	216,00 €	324,00 €	75 ans	243,36 €	486,72 €	730,08 €
38 ans	75,60 €	151,20 €	226,80 €	57 ans	110,88 €	221,76 €	332,64 €	76 ans	262,44 €	524,88 €	787,32 €

