

NOTICE D'INFORMATION PRÉVOYANCE

Contrat Collectif à adhésion facultative



SOMMAIRE

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES	4
Article.1 Préambule.....	4
Article.2 Objet	4
Article.3 Définitions	4
Article.4 Garanties	5
Article.5 Souscription	5
Article.6 Adhésions	5
Article.7 Résiliation et exclusion.....	6
Article.8 Ouverture, modification et cessation des garanties	6
Article.9 Fausse déclaration intentionnelle.....	7
Article.10 Omission ou déclaration inexacte	7
Article.11 Informations des adhérents.....	7
Article.12 Changement de garantie.....	7
CHAPITRE 2. COTISATIONS.....	7
Article.13 Base de cotisations	7
Article.14 Assiette de cotisations	7
Article.15 Paiement des cotisations	7
CHAPITRE 3. PRESTATIONS.....	8
Article.16 Généralités sur les prestations.....	8
Article.17 Attribution des prestations.....	9
CHAPITRE 4. EXCLUSIONS.....	10
CHAPITRE 5. GARANTIE INCAPACITE.....	10
Article.18 Objet de la garantie.....	10
Article.19 Période de la garantie	11
Article.20 Règlement des indemnités.....	13
Article.21 Terme des indemnités journalières	13
Article.22 Maintien des prestations	13
CHAPITRE 6. GARANTIE INVALIDITE	13
Article.23 Objet de la garantie.....	13
Article.24 Période de la garantie	13
Article.25 Montant de la rente	14
Article.26 Règlement de la rente.....	14
Article.27 Terme de la rente.....	14
Article.28 Maintien des prestations	14
CHAPITRE 7. GARANTIE PERTE DE RETRAITE.....	14
Article.29 Objet de la garantie.....	14
Article.30 Montant de la prestation.....	14
Article.31 Règle de cumul	14
Article.32 Versement de la Rente	14
CHAPITRE 8. GARANTIE DECES ET INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	15



<i>Article.33</i> <i>Objet de la garantie</i>	15
<i>Article.34</i> <i>Montant du capital</i>	15
<i>Article.35</i> <i>Règlement du capital</i>	15
<i>Article.36</i> <i>Définition des bénéficiaires</i>	15
CHAPITRE 9. MAINTIEN DU REGIME INDEMNITAIRE	15
CHAPITRE 10. GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE	16
CHAPITRE 11. DONNEES PERSONNELLES	16
CHAPITRE 12. CONTROLE DE LA MUTUELLE	16
CHAPITRE 13. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET L'ASSISTANCE A DOMICILE INCLUSE	17

Chapitre 1. DISPOSITIONS GENERALES

Article.1 Préambule

Le contrat collectif à adhésion facultative prévoyance comprend les conditions générales et le cahier des charges qui constitue les conditions particulières. Il est régi par le Code de la mutualité et par les statuts de TERRITORIA MUTUELLE.

Le présent contrat collectif est conclu entre : le centre de gestion de la Meuse et TERRITORIA MUTUELLE.

La présente convention résulte d'une convention de participation. Les conditions d'engagement, réserves au cahier des charges et éventuelles négociations, arrêtées lors de cette convention de participation, font partie intégrante du contrat, dans lequel elles s'insèrent. Ces conditions d'engagement prévalent sur les supports indiqués par l'assureur, lors de l'établissement du contrat, toutes les fois qu'elles sont plus favorables à l'assuré.

Il est souscrit par le souscripteur auprès de TERRITORIA MUTUELLE, en liaison avec la convention de participation conclue avec TERRITORIA MUTUELLE. Le souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent. Le montant de cette participation financière est fixé dans la convention de participation précitée, conformément aux dispositions de l'article 19 du décret N° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, ci-après dénommé le Décret.

Le présent contrat est à adhésion facultative pour les agents du souscripteur ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de TERRITORIA MUTUELLE. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties et des agents y adhérant. La notice d'information qui est remise aux adhérents par le souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Article.2 Objet

Les dispositions des conditions générales déterminent les conditions dans lesquelles TERRITORIA MUTUELLE assure des garanties au profit des agents des collectivités territoriales dans le cadre d'un contrat groupe à adhésion facultative.

Le présent contrat a pour objet d'assurer au Membre Participant, selon l'option choisie par le souscripteur, le versement de prestations en cas d'incapacité, d'invalidité, de perte de retraite ou de décès du membre participant.

Article.3 Définitions

- Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'adhérent.
- Adhérent : agent ayant adhéré au contrat.
- Adhésion : acte d'adhésion au contrat par un agent qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré au contrat et de membre participant de la Mutuelle.
- Agent : personne physique régulièrement inscrite sur le registre du personnel du Souscripteur, en activité normale de service et appartenant à l'une des catégories d'agents de la fonction publique territoriale :
 - Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps complet et affiliés à la caisse CNRACL ;
 - Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps non complet et affiliés à la caisse CNRACL ;
 - Les agents titulaires d'un emploi permanent à temps non complet et non affiliés à la caisse CNRACL ;
 - Les agents non titulaires travaillant à temps non complet, affiliés à la caisse IRCANTEC.
 - Les agents de droit privé ;
 - Les agents accueillis en détachement par la collectivité ;
 - Les agents mis à disposition de la collectivité, si la collectivité dont ils dépendent les autorise.
- CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales.
- IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités publiques.
- Maladie : affection constatée par une autorité médicale et mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions.
- Membre honoraire : collectivité ou association d'agent ayant souscrit le contrat.
- Membre participant : personne ayant adhéré à TERRITORIA MUTUELLE.
- La Mutuelle : TERRITORIA MUTUELLE CS 79650 79061 NIORT cedex 9 N° de siren 483 041 307
- Souscripteur : Collectivité territoriale, employeur des agents qui a souscrit le contrat « Maintien de Traitement » au profit des agents.

Article.4 Garanties

Les garanties proposées par la Mutuelle dont le détail figure en annexe :

- l'incapacité de travail,
- l'invalidité,
- la perte de retraite,
- Décès/PTIA.

Article.5 Souscription

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative. Les agents des collectivités territoriales vont adhérer à la Mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la Mutuelle est agréée, sur la base d'un bulletin d'adhésion et d'un contrat de souscription collectif signé par la Collectivité.

Le contrat comporte les présentes conditions générales, et les conditions particulières qui comportent notamment :

- la date d'effet du contrat,
- le personnel assuré
- les taux de cotisations.

5.1 Effet du contrat

Le contrat prend effet à la date précisée aux conditions particulières, sous réserve :

- de la signature du souscripteur,
- du paiement de la cotisation,
- de la déclaration des adhérents.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la signature du contrat, avec tacite reconduction au premier janvier de chaque année.

5.2 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Article.6 Adhésions

Peuvent adhérer au contrat collectif les agents inscrits régulièrement sur le registre du personnel du souscripteur à la date de leur demande d'admission au contrat aux conditions ci-dessous.

Les conditions d'adhésion sont les suivantes :

- **L'agent en bon état de santé, caractérisé par l'exercice d'une activité normale de service, peut adhérer à compter de la prise d'effet du contrat collectif peut adhérer au contrat :**
 - Dans les 12 premiers mois, sans formalité médicale.
 - Au-delà des 12 mois, les adhésions sont soumises à un délai d'attente/de stage défini à l'article 6.1.

- **L'agent en arrêt de travail pour maladie ou accident au moment de la prise d'effet du contrat collectif, peut adhérer :**

- Dans les 12 mois suivant la date de prise d'effet du contrat collectif :

- Pour les agents non assurés précédemment qui demandent leur adhésion à la prise d'effet du contrat, peuvent adhérer après une reprise effective de 30 jours continus de travail, avec signature d'une attestation sur l'honneur.
- Pour les agents qui étaient précédemment assurés pour les mêmes garanties, dès le 1er jour de la reprise d'activité, avec signature d'une attestation sur l'honneur.
- Au-delà des 12 mois, les adhésions sont soumises à un délai d'attente/de stage défini à l'article 6.1 après une reprise de l'activité de 30 jours continus.

- **L'agent en temps partiel thérapeutique peut adhérer au contrat collectif à la date d'effet du contrat collectif.**

• Dans les 12 premiers mois, toutefois, les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.

- Au-delà des 12 mois, les adhésions sont soumises à un délai d'attente/de stage défini à l'article 6.1.

- **L'agent nouvellement recruté, ou l'agent en congé parental (lors de prise d'effet du contrat collectif) ou en disponibilité pour convenances personnelles (lors de prise d'effet du contrat collectif), peut adhérer au contrat :**

- Dans les 12 premiers mois, sans formalité médicale suivant le jour de son recrutement, ou de sa reprise d'activité normale de service.
- Au-delà des 12 mois, les adhésions sont soumises à un délai d'attente/de stage défini à l'article 6.1.

6.1 Délai de stage ou d'attente

Un délai d'attente/de stage de 6 mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat. Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de 6 mois ainsi que toute invalidité et perte de retraite faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délais n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement. Les rechutes des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie

survenus au cours du délai d'attente n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalière, invalidité et perte de retraite du présent contrat.

Toutefois ce délai d'attente n'est pas appliqué en cas d'incapacité, d'invalidité consécutive à un accident. L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité ou l'invalidité incombe au demandeur

6.2 Effet de l'adhésion

L'adhésion est constatée par accord formel de la Mutuelle, après étude du bulletin d'adhésion, complétée et signée par l'agent.

6.3 Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle et expire le 31 décembre suivant l'adhésion. Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier.

Article.7 Résiliation et exclusion

7.1 Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié à l'initiative du souscripteur s'il ne respecte plus les dispositions du décret N° 2011-1474 du 8 novembre 2011 (articles 19 et 21), sur production de justifications. L'intention de résiliation doit être signifiée au prestataire au moins quatre mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit.

Le contrat peut également être résilié en cas de non-paiement des cotisations à l'échéance, suivant les conditions prévues à l'article 15.2 des présentes Conditions Générales. Dans le cas où le retard de paiement des cotisations serait imputable aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations, TERRITORIA MUTUELLE s'engage à ne pas appliquer les dispositions prévues à l'article 15.2 des présentes Conditions Générales.

Le contrat peut être résilié à l'échéance, soit le 1^{er} Janvier, lors d'un refus de majoration de cotisations. TERRITORIA MUTUELLE notifie l'augmentation au souscripteur avant le 1^{er} juillet précédent. Le souscripteur dispose d'un délai de 5 mois pour faire part de sa décision à la Mutuelle.

La résiliation peut également s'effectuer d'un commun accord entre le souscripteur et TERRITORIA MUTUELLE.

La résiliation par l'une des parties entraîne la cessation des garanties à l'égard de tous les

adhérents à la date d'effet de résiliation sous réserve de l'application des dispositions de l'article 8.2 des présentes conditions générales.

7.2 Résiliation à l'initiative du membre participant

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de chaque année.

7.3 Exclusion de l'adhérent

Les membres participants peuvent être exclus de la Mutuelle dans les deux situations suivantes :

- Soit le lien unissant le souscripteur et le membre participant a été rompu (le membre participant a démissionné, est parti à la retraite, a été licencié ou est décédé).
- Soit le membre participant a cessé de payer la prime. Dans ce cas, l'exclusion se fera selon la procédure prévue à l'article 15.2 des présentes conditions générales.

En cas de départ du membre participant de l'effectif du souscripteur avec embauche simultanée auprès d'un autre Employeur, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée par TERRITORIA MUTUELLE sans réduction des garanties ni révision des taux de cotisation. La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel Employeur.

Article.8 Ouverture, modification et cessation des garanties

8.1 Date d'effet

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion, ou de la notification de la modification des garanties apportées par le souscripteur.

Aucune prestation n'est due pour des arrêts de travail et sinistres survenus postérieurement à la date de résiliation du contrat.

8.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent de produire leurs effets en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Le lien unissant le souscripteur et le membre participant a été rompu (le membre participant a démissionné, a été licencié, sa retraite a été liquidée ou il est décédé)
- en cas de non-paiement de la cotisation selon la procédure décrite à l'article 15.2 des présentes Conditions Générales,
- A la date de résiliation ou de non-renouvellement

- du contrat,
- A la date de la radiation de l'agent des effectifs du Souscripteur,
 - A la date de résiliation de l'adhésion,
 - Au 67^{ème} anniversaire de l'agent au plus tard, pour les garanties « Incapacité », « Frais d'obsèques » et « décès »,
 - Au 62^{ème} anniversaire de l'agent au plus tard, pour les garanties « Invalidité » et « perte de retraite ».

En cas de départ du membre participant de l'effectif du souscripteur avec embauche simultanée auprès d'un autre Employeur, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée par TERRITORIA MUTUELLE sans réduction des garanties ni révision des taux de cotisation. La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel Employeur.

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. Les prestations sont revalorisées annuellement en fonction de l'évolution de la valeur du point de la Fonction Publique.

Article.9 Fausse déclaration intentionnelle

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant à la Mutuelle entraîne la nullité des garanties, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elle au membre participant et à ses ayants droit.

Article.10 Omission ou déclaration inexacte

En cas d'omission ou de déclaration inexacte du membre participant qui n'a pas été faite de mauvaise foi, et qui est constatée avant tout sinistre, la Mutuelle se réserve le droit, soit de maintenir l'adhésion en vigueur moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci, dans une seconde

occurrence, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'a lieu qu'après la réalisation d'un sinistre, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article.11 Informations des adhérents

Une notice d'information rédigée par la Mutuelle définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations, est remise à chaque adhérent par le souscripteur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le souscripteur les informe en remettant une notice à cet effet rédigée par la Mutuelle avant l'entrée en vigueur des modifications. Du fait de ces modifications, les adhérents peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information, dénoncer l'adhésion en raison de ces modifications.

Article.12 Changement de garantie

Le changement de garanties ne peut intervenir qu'au 1^{er} janvier de chaque année et est soumis aux conditions suivantes :

- L'agent ne doit pas être en arrêt,
- Le préavis est de deux mois,
- Une étude de la fiche de santé sera effectuée pour une augmentation de garantie.

Chapitre 2. COTISATIONS

Article.13 Base de cotisations

La cotisation est fixée en pourcentage de l'assiette.

Article.14 Assiette de cotisations

Pour les agents de droit public, l'assiette de la cotisation correspond à la somme :

- du traitement indiciaire brut,
- de la nouvelle bonification indiciaire, et
- du régime indemnitaire mensuel

Pour les agents de droit privé, l'assiette de la cotisation correspond à la somme :

- de la rémunération brute.

Article.15 Paiement des cotisations

15.1 Règlement des cotisations

Le mode de recouvrement est déterminé dans les conditions particulières du contrat.

Selon les cas, l'appel de cotisation est effectué à terme échu ou à terme à échoir selon les modalités et périodicités mentionnées aux conditions particulières.

Les adhérents autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs appointements par leur employeur, la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du présent contrat. Lorsque ces cotisations ne peuvent être intégralement retenues par voie de précompte sur leur traitement, les adhérents s'engagent à les acquitter par voie de prélèvement sur leur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

15.2 Non-paiement des cotisations

- Lorsque le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, une mise en demeure est adressée. En cas de non-paiement dans les trente jours après la mise en demeure du Souscripteur, le contrat est suspendu et peut-être résilié dans les dix jours qui suivent l'expiration de trente jours. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. De plus, la Mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure. L'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de trente jours, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur entraîne la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où sont payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement, sauf décision différente de la Mutuelle. .
- Lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance reçoit une lettre de mise en demeure. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration de ce délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Chapitre 3. PRESTATIONS

Article.16 Généralités sur les prestations

16.1 Prestations

La Mutuelle intervient par le versement de prestations pour les risques :

- d'incapacité de travail de l'adhérent consécutif à un accident ou une maladie (indemnités journalières),
- d'invalidité de l'adhérent (pension d'invalidité),
- de perte de retraite (rente),
- de décès de l'adhérent.

Seuls sont pris en compte les arrêts de travail et sinistres survenus à compter de la date de prise d'effet du contrat et sous réserve que l'adhérent ait bien été admis au contrat.

16.2 Garanties complémentaires

La Mutuelle intervient en complément des prestations versées par les différents organismes (collectivité territoriale, régime de retraite CNRACL, régime de retraite IRCANTEC, Régime général de la Sécurité Sociale...) et en aucun cas en substitution en cas de défaillance de l'un d'entre eux. Aucune prestation n'est versée par le prestataire si l'adhérent ne perçoit aucune prestation d'au moins un des organismes précités.

16.3 Cumul d'assurances

Le montant mensuel des prestations incapacité invalidité, et perte de retraite versées par la mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, les régimes d'assurance maladie, les régimes de prévoyance et de retraite ou de tout autre opérateur ne peut excéder le niveau défini à la convention de traitement mensuel net que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité. En cas de dépassement, les prestations versées par la mutuelle sont réduites à concurrence de ce montant.

Le plafond est précisé aux conditions particulières.

16.4 Base de calcul des prestations

Les prestations d'incapacité de travail, d'invalidité, de perte de retraite, de rente éducation et le capital décès, sont calculés à partir des éléments de base suivants :

- le traitement de référence mensuel net correspondant au traitement mensuel brut ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties, diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires,
- les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

16.5 Revalorisation

Les prestations en cours de service des membres participants sont revalorisées par référence à la variation de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constaté entre la date d'application de la revalorisation et la date de la dernière revalorisation effectuée, ou la date d'attribution de la prestation.

Le taux de revalorisation est servi à la même date que celle de l'évolution du point de l'indice.

16.6 Révision des conditions des garanties

Le montant et les modalités des garanties ont été établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à la date de prise d'effet du contrat. Si ultérieurement ces textes venaient à être modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de réviser ses conditions de garanties.

Article.17 Attribution des prestations

17.1 Ouverture du droit à prestations

Le bénéfice des garanties est ouvert dès le premier jour de travail qui suit l'adhésion. Le membre participant ne peut bénéficier de l'ouverture des droits à garanties qu'à la condition que la maladie ou l'accident soit dûment constaté par les autorités médicales compétentes postérieurement à la date d'adhésion de l'agent.

17.2 Déchéances en cas de déclaration tardive et délai de production des pièces justificatives

Les demandes de paiements de prestations doivent, sous peine de déchéance, être produites dans un délai maximum de trois mois suivant la date à partir de laquelle le membre participant peut prétendre aux prestations.

Cependant, le conseil d'administration de la Mutuelle peut décider de ne pas faire application de cette déchéance pour le membre participant qui invoque, pour justifier le retard, des raisons sérieuses. Pour être recevable, toute réclamation doit parvenir au conseil d'administration de la Mutuelle dans un second délai de deux mois suivant le refus de paiement des prestations.

Les pièces justificatives doivent être jointes à la demande de paiement ou être produites au plus tard dans le même délai initial de trois mois suivant la date à partir de laquelle le membre participant peut prétendre aux prestations. Passé ce délai, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité au membre participant si le retard dans la production des pièces lui a causé un dommage.

17.3 Subrogation

Conformément à l'article L 224-9 du code de la mutualité, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et obligations des membres participants, des bénéficiaires ou des ayants droit contre les tiers responsables.

17.4 Engagement de remboursement

Les membres participants bénéficiaires des garanties s'engagent à reverser sans délai les prestations trop perçues à la suite du rétablissement de leurs droits à plein traitement, notamment en cas de changement de nature de leur congé maladie et dès que les services de l'employeur auront procédé à la régularisation de leur situation. La Mutuelle peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par la mutuelle au membre participant.

17.5 Contrôles du bénéfice des garanties

La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations uniquement pour la garantie incapacité. La collectivité et le Centre de gestion seront informés au préalable de la mise en place du contrôle et des conclusions de celui-ci.

La Mutuelle s'engage à respecter les décisions de l'autorité territoriale. En cas de suspension, des indemnités journalières de la Sécurité Sociale non concordante avec la décision de l'employeur, la Mutuelle suivra la décision de l'autorité territoriale.

La Mutuelle se réserve également le droit de demander à l'employeur du membre participant de procéder à un contrôle administratif.

Par conséquent, l'adhérent s'engage :

- à se soumettre à ces visites médicales, contrôles et enquêtes,
- à fournir toute les pièces demandées par le Médecin Conseil de la Mutuelle,
- à suivre les traitements et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ou toutes autorités médicales ou sanitaires compétentes,
- à informer la Mutuelle de tout élément nouveau susceptible de modifier la nature du congé,
- à s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas de non-respect de ces engagements, l'adhérent sera déchu, partiellement ou totalement, de ses droits au service des prestations.

Si l'assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de

changement d'adresse, la garantie d'assurance est suspendue à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'adhérent. Cette mise en demeure est opérée après information préalable du CDG et de la Collectivité.

Si les résultats de ces contrôles et enquêtes conduisent à une modification du droit à prestation de l'adhérent, la Mutuelle pourra être amenée à modifier le service des prestations en conséquence.

Si le résultat du contrôle est contesté par le médecin de l'adhérent, ceux-ci peuvent demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un tiers médecin désigné par deux praticiens.

En tout état de cause, la contestation doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle l'adhérent a été informé de la décision ; à défaut, les prestations éventuellement dues à la suite de la contre-expertise ne prendront effet qu'à partir de la date de cette dernière.

Suite à cette expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci feront appel à un troisième praticien pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence de la Mutuelle, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire.

Les conclusions du troisième médecin s'imposeront aux parties, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge de la Mutuelle dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise, ils sont à la charge du bénéficiaire dans le cas contraire.

Chapitre 4. EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties Incapacité, Invalidité, Perte de retraite, Décès, rente éducation les conséquences d'accidents ou de maladie résultant :

- **DE FAIT DE GUERRES ETRANGERES LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGERANTE,**

- **DE GUERRES CIVILES OU ETRANGERES, ATTENTATS, ACTES DE TERRORISME, INSURRECTIONS, EMEUTES, COMLOTS, MOUVEMENTS POPULAIRES QUEL QUE SOIT LE LIEU DE DEROULEMENT DE CES EVENEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, dès lors que l'adhérent y prend une part active,**
- **POUR LES GARANTIES AUTRES QUE LES GARANTIES DECES ET PTIA, DU FAIT INTENTIONNELLEMENT CAUSE PAR L'ASSURE,**

Chapitre 5. GARANTIE INCAPACITE

Article.18 Objet de la garantie

- La garantie incapacité de travail a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires les adhérents qui se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une quelconque activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident médicalement constatés et perçoivent, à ce titre, des prestations, soit de leur employeur en application du régime statutaire de la fonction publique territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale, et après accord du médecin conseil de la mutuelle.

Article.19 Période de la garantie

	Agents CNRACL titulaires et stagiaires	Agents IRCANTEC titulaires et stagiaires	Agents IRCANTEC non titulaires
Congé de maladie ordinaire	Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365 ^{ème} jour d'arrêt de travail	Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365 ^{ème} jour d'arrêt de travail.	Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires : - Pour les agents d'une ancienneté de moins de 4 mois, intervention de la Mutuelle à compter du 4 ^{ème} jour et jusqu'au 360 ^{ème} jour d'indemnisation inclus. - Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 31 ^{ème} jour d'arrêt de travail. - Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 61 ^{ème} jour d'arrêt de travail. - Pour les agents d'une ancienneté égale et supérieure à 3 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail
Congé de longue maladie	Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail		
Congé de maladie de longue durée	Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 1096 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la fin de la 5 ^{ème} année d'arrêt de travail. Dans le cas d'une maladie contractée dans l'exercice des fonctions, l'intervention de la Mutuelle est prévue de la 6 ^{ème} année jusqu'à la fin de la 8 ^{ème} année d'arrêt de travail		
Congé de grave maladie		Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail	Pour les agents d'une ancienneté supérieure à 3 ans intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail

	Agents CNRACL titulaires et stagiaires	Agents IRCANTEC titulaires et stagiaires	Agents IRCANTEC non titulaires
Accident du travail ou Maladie Professionnelle		Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires après une franchise de 90 jours et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office	-Pour les agents d'une ancienneté de moins d'1 an, intervention de la Mutuelle à compter du 31ème jour et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office ou le décès. -Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 1 an et 4 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 61ème jour d'arrêt de travail et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office ou le décès. -Pour les agents d'une ancienneté supérieure à 4 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 91ème jour d'arrêt de travail et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office ou le décès
Mise en disponibilité d'office	Pour les agents titulaires à la suite de l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, en complément de l'indemnité de coordination sur validation par la sécurité sociale	Pour les agents titulaires à la suite de l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, en complément de l'indemnité de coordination sur validation par la sécurité sociale	

Lorsque l'agent est placé en disponibilité d'office pour maladie : L'indemnité de coordination est versée au maximum 2 ans en cas d'inaptitude temporaire après la maladie ordinaire et après avis de la CPAM. Au-delà des 2 ans ou après un congé de longue maladie ou de longue durée, si l'inaptitude est toujours temporaire et que l'agent est placé en disponibilité d'office pour raisons de santé, il ne peut pas y avoir d'indemnité de coordination mais éventuellement une Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT), toujours après avis de la CPAM

Sur production d'un avis favorable de la CPAM, TERRITORIA MUTUELLE complète les indemnités de coordination de l'AIT, pour une durée maximale de 1095 jours.

Dans le cas d'une disponibilité d'office dans l'attente de la décision de la CNRACL, l'inaptitude étant définitive et non plus temporaire, il ne peut exister d'indemnité de coordination ni d'AIT.

Pour les agents titulaires, afin de couvrir les dispositions du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, articles 17 et 37, les prestations de la Mutuelle sont maintenues jusqu'à la date de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite

Pour les agents de droit privé, le contrat d'assurance a pour objet de garantir la prise en charge d'une partie de la perte de traitement en complément des droits à congés maladie versés par la sécurité sociale dans la limite du niveau de couverture retenu par l'employeur. Intervention de la Mutuelle au plus tôt au 4^{ème} jour et jusqu'au 360^{ème} jour d'indemnisation inclus ou 3 ans lors d'une affection de longue durée.

En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès.

Article.20 Règlement des indemnités

Afin de faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- les 3 derniers bulletins de paie,
- l'attestation de prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la fonction publique territoriale, ou les décomptes de la Sécurité Sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du service médical de la mutuelle,
- la copie de l'avis du Comité Médical Départemental,
- la copie de l'arrêté du conseil délibératif de la personne morale relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,
- l'attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'adhérent pour les non-titulaires,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) de l'adhérent,
- dans le cas d'une mise en disponibilité d'office, la copie de l'avis de la sécurité sociale pour l'ouverture des droits à prestations

Le membre participant s'engage à rembourser, notamment lors de l'ouverture des droits à prestations, toutes les prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la modification du congé de maladie.

Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

Article.21 Terme des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité, à l'exception de la reprise partielle autorisée par la Sécurité Sociale,
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par le régime de l'Assurance Maladie au titre du Régime Général de la Sécurité Sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,

- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit du décès ou PTIA du membre participant,
- soit du 67^{ème} anniversaire du membre participant,
- soit de la fin du contrat de travail pour les agents contractuels,
- soit en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'assuré, et dans le respect de la décision de l'autorité territoriale,
- soit en cas de non présentation à un contrôle médical, et dans le respect de la décision de l'autorité territoriale,
- soit en cas de démission ou de radiation des effectifs du Souscripteur.

Article.22 Maintien des prestations

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme des indemnités journalières.

Chapitre 6. GARANTIE INVALIDITE

Article.23 Objet de la garantie

La garantie invalidité, qui ne peut être souscrite qu'avec la garantie « Baisse du traitement indiciaire consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail », a pour objet de servir une rente aux membres participants qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer ses fonctions à la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et :

- Pour les agents affiliés à la CNRACL, qui sont mis à la retraite pour invalidité avant l'âge légal de la retraite et sont inaptes à exercer ses fonctions ou toutes fonctions,
- Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité Sociale :
 - qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article L.341-4,2^{ème} et 3^{ème} du Code de la Sécurité Sociale.
 - ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail.

Article.24 Période de la garantie

La rente est versée dès la date de mise en retraite pour invalidité ou dès la date d'attribution d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Article.25 Montant de la rente

La rente est calculée sur la base du traitement et NBI net mensuel le cas échéant le régime indemnitaire net qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension et rente d'invalidité CNRACL, pension d'invalidité de la Sécurité Sociale et tout autre organisme ou des traitements ou salaires perçus lors de reprise d'une activité, ne sont pas pris en compte la majoration prévue pour les invalides du troisième groupe).

Article.26 Règlement de la rente

Afin de faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser à la mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Pour les agents affiliés à la CNRACL :
 - L'avis de situation de la retraite pour invalidité de la CNRACL,
 - Le décompte de liquidation de la pension de la CNRACL,
 - Les bulletins de paiement de la CNRACL,
 - Un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du membre participant.
- Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité Sociale :
 - La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 2ème ou de 3ème catégorie,
 - La notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66%,
 - Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale,
 - Un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du membre adhérent.
- Pour les agents de toutes affiliations confondues à un régime de retraite ou de prévoyance, ils doivent adresser à la mutuelle avant le 15 janvier de chaque année le dernier justificatif du versement de leur pension d'invalidité ou de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la mutuelle se réserve le droit de demander.

Article.27 Terme de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- le décès du membre participant,
- l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite,
- la liquidation de la pension vieillesse.

Article.28 Maintien des prestations

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations en cours versées au titre de l'article 25 se poursuit sur la base de l'indemnité versée au titre de la dernière échéance jusqu'au terme prévu à l'article 27 des présentes conditions générales. La rente invalidité sera revalorisée en fonction de l'évolution du point d'indice.

Chapitre 7. GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Cette garantie ne peut être souscrite qu'associée aux garanties "Baisse du traitement indiciaire consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente".

Article.29 Objet de la garantie

L'assureur garantit le versement d'une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'assuré, en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite.

L'Invalidité Permanente s'entend telle qu'elle est définie au chapitre 6 du présent contrat.

Article.30 Montant de la prestation

Le montant de la rente annuelle est égal à un pourcentage de la perte de retraite, précisé dans les conditions particulières. La perte de retraite est définie par la différence entre le montant de la retraite, hors Retraite Additionnelle de la Fonction Publique (RAFP), que l'adhérent aurait perçu à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite s'il n'avait pas cessé son activité et le montant de retraite CNRACL perçu.

Article.31 Règle de cumul

Pour les agents CNRACL, l'ensemble du montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite servi par l'assureur ne peut excéder le produit de 75 % du traitement indiciaire brut annuel.

Le montant de la rente est calculé en intégrant l'évolution de l'échelon lié à l'ancienneté du grade atteint lors de sa radiation des cadres pour invalidité.

Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs ne sont pas prises en compte dans la règle de cumul.

En cours de service, la rente versée par l'assureur est revalorisée annuellement.

Article.32 Versement de la Rente

Pour bénéficier du versement de la rente, la mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :



- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- un titre de pension de retraite.

Chapitre 8. GARANTIE DECES ET INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Article.33 Objet de la garantie

La garantie Décès – Invalidité Absolue et Définitive a pour objet de verser un capital aux bénéficiaires ou au membre participant en cas de décès, ou d'invalidité absolue et définitive du membre participant.

Le membre participant est considéré comme atteint d'une invalidité absolue et définitive lorsqu'il est prouvé, qu'il est totalement inapte à la moindre activité ou occupation et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et bénéficiaire de ce fait de l'allocation correspondante de la Sécurité Sociale.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie Décès.

Article.34 Montant du capital

Le contrat a pour objet le versement d'un capital correspondant à une année de traitement de référence net.

Article.35 Règlement du capital

Pour bénéficier du versement du capital en cas de décès du membre participant, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès du membre participant,
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires,
- le certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle

Pour bénéficier du versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'adhérent, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- les certificats médicaux,
- la notification de la Sécurité Sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne

Article.36 Définition des bénéficiaires

36.1 Décès

En cas de décès du membre participant, le capital est versé :

- En priorité au conjoint du membre participant non séparé judiciairement,
- A défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant,
- A défaut aux héritiers du membre participant à proportion de leurs parts héréditaires.

Le membre participant peut toutefois désigner par lettre transmise à la Mutuelle le ou les bénéficiaires de son choix. En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le membre participant, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par l'assuré, les dispositions ci-dessus s'appliquent.

Concernant le changement de bénéficiaire du capital décès, TERRITORIA MUTUELLE accepte cela dans la mesure où le cadre juridique en vigueur est respecté.

36.2 Incapacité Absolue et Définitive

En cas d'Incapacité Absolue et Définitive reconnue par la Mutuelle, celle-ci paiera au membre participant ou à son représentant légal, le capital prévu. Ce capital n'est dû qu'en cas de vie du membre participant à la date du paiement.

Est considéré comme atteint d'une PTIA l'assuré qui est reconnu par l'Assureur être dans l'incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer gain ou profit et être obligé de recourir pendant toute son existence à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Chapitre 9. MAINTIEN DU REGIME INDEMNITAIRE

Pour l'incapacité lorsque la couverture du régime indemnitaire est retenue :

Pour le calcul des prestations des garanties Incapacité, seules les primes mensuelles incluses dans l'assiette de cotisations seront prises en considération et dans la limite de 40% du montant net de la prime ayant donné lieu à cotisation pour la garantie « Baisse de Traitement consécutive à une incapacité Temporaire de travail à 90% ». En tout état de cause, pour la garantie incapacité, TERRITORIA Mutuelle intervient uniquement lorsque les primes sont maintenues par l'employeur et à compter du 90^{ème} jour en congé de maladie ordinaire avec maintien de l'indemnisation TERRITORIA Mutuelle jusqu'à la décision de transformation du congé de maladie ordinaire en congé de longue maladie, ou congé de longue durée ou congé de grave maladie.

Pour l'invalidité lorsque la couverture du régime indemnitaire est retenue :

Pour le calcul des prestations des garanties Incapacité, seules les primes mensuelles incluses dans l'assiette de cotisations seront prises en considération et dans la limite de 40% du montant net de la prime ayant donné lieu à cotisation pour la garantie « invalidité ».

Pour le décès lorsque la couverture du régime indemnitaire est retenue :

Pour le calcul des prestations des garanties Incapacité, seules les primes mensuelles incluses dans l'assiette de cotisations seront prises en considération et dans la limite d'une année de régime indemnitaire net.

Pour la garantie perte de retraite :

Le régime indemnitaire n'est pas couvert.

Chapitre 10. GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE

Tout membre participant de la Mutuelle, bénéficiant d'une garantie Maintien de Traitement, et les personnes vivant sous son toit domiciliées en France Métropolitaine, bénéficient automatiquement d'un accompagnement social et de l'Assistance Maintien de Traitement, garantie assurée par Inter Mutuelle Assistance. 24h/24 et 7j/7.

L'accompagnement social a pour objet de mettre en place un service d'écoute, d'informations et de conseils sur les thématiques d'accompagnement des situations des membres participants ; la famille et les aléas, la santé, la vie professionnelle et la conciliation avec la vie quotidienne. Les conseillers ont pour missions :

- La prise en compte de l'interlocuteur en tant que personne
- Le diagnostic de la situation
- La recherche de ses besoins réels au-delà de la demande initiale
- La co-construction des solutions avec la personne elle-même.

L'Assistance Maintien de Traitement a pour objet d'apporter aux adhérents de TERRITORIA MUTUELLE tous les services qui permettent de rétablir l'organisation de leur vie familiale perturbée par une maladie imprévue, un accident ou un décès, en mettant en place une aide immédiate et effective pour un retour à la vie familiale normale. Cette garantie ne doit pas se substituer aux interventions

des services publics et aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Chapitre 11. DONNEES PERSONNELLES

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés.

La Mutuelle s'engage en particulier :

- à effectuer auprès de la CNIL les formalités préalables à la mise en œuvre du traitement constitué à partir des données et informations transmises par la Collectivité;
- à ne pas utiliser les données et informations auxquelles il peut avoir accès à des fins autres que celles spécifiées au présent contrat ;
- à ne pas divulguer ces données et informations à des personnes non autorisées à en connaître ;
- à prendre toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse de ces données et informations ;
- à prendre toutes précautions conformes aux usages pour préserver la sécurité matérielle de ces données et informations ;
- le cas échéant, à s'assurer que seuls des moyens de communication sécurisés seront utilisés pour transférer ces données et informations ;
- En fin de convention, à procéder à la destruction de tous fichiers manuels ou informatisés stockant ces données ou à restituer intégralement les fichiers manuels ou informatisés stockant ces données selon les modalités prévues à la présente convention.

Dans le cadre de la campagne de communication unique et ponctuelle effectuée par voie de courrier postal, le Souscripteur communique à la Mutuelle des données à caractère personnel concernant les agents placés sous son autorité : Entité, Matricule, Nom, Nom de jeune fille, Prénom, Adresse, Code Postal, Ville, Statut (titulaire ou non titulaire), Montant de la cotisation pour l'option de garantie de base, qui devront faire l'objet des mêmes modalités de protection, précédemment énoncées.

Chapitre 12. CONTROLE DE LA MUTUELLE

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la mutuelle preneur des garanties du présent règlement est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

(ACPR), située au 4 place de Budapest – 75436 Paris cedex 9.

Chapitre 13. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL et L'ASSISTANCE A DOMICILE INCLUSE

Tout membre participant de la Mutuelle, bénéficiant d'une garantie Maintien de Traitement, et les personnes vivant sous son toit domiciliées en France Métropolitaine, bénéficient automatiquement d'un accompagnement social et de l'Assistance Maintien de Traitement, garantie assurée par Inter Mutuelle Assistance. 24h/24 et 7j/7.

L'accompagnement social a pour objet de mettre en place un service d'écoute, d'informations et de conseils sur les thématiques d'accompagnement des situations des membres participants ; la famille et les aléas, la santé, la vie professionnelle et la conciliation avec la vie quotidienne. Les conseillers ont pour missions :

- La prise en compte de l'interlocuteur en tant que personne
- Le diagnostic de la situation
- La recherche de ses besoins réels au-delà de la demande initiale
- La co-construction des solutions avec la personne elle-même.

Site internet : www.mutnov-services-plus.fr

Ligne dédiée : **09 69 32 82 67**

L'offre d'assistance Maintien de Salaire de **TERRITORIA MUTUELLE** aide vos agents à faire face à ces situations difficiles et favorise une reprise plus sereine de son activité professionnelle grâce à des solutions concrètes et à un accompagnement renforcé dans la durée.

ANNEXE I - FORMULE DE GARANTIES ET TARIFS

Pour les collectivités n'ayant pas retenu la couverture du régime indemnitaire

GARANTIES	PRESTATIONS	TAUX DE COTISATIONS
-----------	-------------	---------------------

GARANTIE OBLIGATOIRE

Garantie incapacité « Maintien de salaire »	En cas de maladie ou d'accident de la vie privée , TERRITORIA Mutuelle complète votre traitement net et le cas échéant votre NBI nette à hauteur de 90%.	0.66 % du TIB + NBI
--	---	-------------------------------

GARANTIES OPTIONNELLES

Garantie Invalidité	Si vous devenez invalide et que vous êtes inapte à exercer vos fonctions ou toutes fonctions , TERRITORIA Mutuelle complète, jusqu'à vos 62 ans, votre pension d'invalidité par une rente à hauteur de 90% de votre traitement net et le cas échéant votre NBI nette	0.26 % du TIB + NBI
Garantie perte de retraite suite à invalidité	En cas de mise en retraite pour invalidité, vous ne cotisez plus pour votre retraite. Grâce à la garantie « perte de retraite », TERRITORIA MUTUELLE vous verse une rente vous permettant de percevoir 90% de votre retraite	0.39 % du TIB + NBI
Garantie Décès et PTIA	En cas de décès ou PTIA de l'adhérent , TERRITORIA Mutuelle verse aux bénéficiaires ou à l'adhérent, un capital correspondant à une année de votre traitement net, le cas échéant votre NBI nette.	0.46 % du TIB + NBI

Pour les collectivités ayant retenu la couverture du régime indemnitaire

GARANTIES	PRESTATIONS	TAUX DE COTISATIONS
-----------	-------------	---------------------

GARANTIES OBLIGATOIRES

Garantie incapacité « Maintien de salaire »	En cas de maladie ou d'accident de la vie privée , TERRITORIA Mutuelle complète votre traitement net et le cas échéant votre NBI nette à hauteur de 90%, et votre régime indemnitaire mensuel net à hauteur de 40% à compter du 90 ^{ème} jour en année glissante en maladie ordinaire. TERRITORIA MUTUELLE intervient uniquement sur les primes en maladie ordinaire jusqu'à la décision de transformation du congé maladie ordinaire en congé de longue maladie, ou en congé de grave maladie ou congé de longue durée.	0.64 % du TIB + NBI + RIB
--	--	-------------------------------------

GARANTIES OPTIONNELLES

Garantie Invalidité	Si vous devenez invalide et que vous êtes inapte à exercer vos fonctions ou toutes fonctions , TERRITORIA Mutuelle complète, jusqu'à vos 62 ans, votre pension d'invalidité par une rente à hauteur de 90% de votre traitement net et le cas échéant votre NBI nette et 40% de votre régime indemnitaire net	0.32 % du TIB + NBI + RIB
Garantie perte de retraite suite à invalidité	En cas de mise en retraite pour invalidité, vous ne cotisez plus pour votre retraite. Grâce à la garantie « perte de retraite », TERRITORIA MUTUELLE vous verse une rente vous permettant de percevoir 90% de votre retraite	0.35 % du TIB + NBI + RIB
Garantie Décès et PTIA	En cas de décès ou PTIA de l'adhérent , TERRITORIA Mutuelle verse aux bénéficiaires ou à l'adhérent, un capital correspondant à une année de votre traitement net, le cas échéant votre NBI nette et de votre régime indemnitaire net	0.46 % du TIB + NBI + RIB

TIB : Traitement Indiciaire Brut

NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire Brut

RIB : Régime Indemnitaire Brut



TERRITORIA MUTUELLE | mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307

Siège social | 20 avenue Léo Lagrange | CS 79650 | 79061 NIORT CEDEX 9

05 49 33 76 51 | demain@territoria-mutuelle.fr

Substituée par EOV-MCD Mutuelle | mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

| SIREN 317 442 176 | Siège social | 173 rue de Bercy | 75584 PARIS CEDEX 12

L'ACCES A DES SERVICES CONCRETS DES LA SOUSCRIPTION

Informations juridiques et vie pratique Sur tous les domaines du droit français (famille, logement, succession...)	Sur simple appel, aussi souvent que nécessaire
Accompagnement social Bilan de situation, informations : orientation, financements...	Survenance/aggravation d'une pathologie lourde ou survenance d'un handicap

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCE EN CAS D'INCIDENT DE SANTE

Services de proximité	Prise en charge et mise en œuvre sur 30 jours
Livraison de médicaments 1 A/R par semaine (limité à 4 semaines) jusqu'à la pharmacie la plus proche ou portage à domicile	En cas d'immobilisation > 5 jours de l'adhérent ou du conjoint
Livraison de courses Jusqu'à 1 commande par semaine (limité à 4 semaines) – A/R au centre commercial ou livraison à domicile	
Portage de repas (tenant compte des régimes alimentaires) Jusqu'à 1 forfait de livraison par semaine (limité à 4 semaines)	
Portage d'espèces Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)	
Coiffure à domicile 1 déplacement dans les 30 jours	
Transport sur le lieu de travail 10 trajets domicile/travail ou inversement (50km du domicile max)	
Petits travaux de bricolage/jardinage (mise en relation)	

UN SOUTIEN DANS LA DUREE EN CAS DE COUP DUR

Enveloppes de services	Prise en charge et mise en œuvre sur 1 année
100 unités de services à choisir en fonction des besoins par les garanties suivantes : 1 enveloppe adultes : aide-ménagère, livraison de médicaments/de courses, transport aux rdv médicaux, portage de repas, garde d'enfants, conduite à l'école/activités... 1 enveloppe enfants malades : garde d'enfants, présence d'un proche, transport aux rdv médicaux, portage de repas...	Survenance d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 5 jrs Aggravation d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 10 jrs Traitement radiothérapie, chimiothérapie, curiethérapie, trithérapie, quadrithérapie
Bilan de vie par un ergothérapeute Bilan de la personne et de son environnement - Rapport de préconisations en matière d'aménagement du domicile	
Services travaux après passage de l'ergothérapeute Mise en relation avec des professionnels et suivi (coûts, délais...)	
Téléassistance en cas de perte partielle/totale d'autonomie Frais d'installation et 3 mois d'abonnement pris en charge	
Aide aux démarches administratives à domicile Venue d'une aide à domicile (8h sur 30 jrs)	
Accompagnements aux examens médicaux Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)	
Assistance psychologique 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire	En cas d'événement traumatisant privé ou professionnel (maladie, décès, divorce, licenciement, stress au travail...)

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée TERRITORIA MUTUELLE Assistance, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR – 4, place de Budapest - 75436 Paris cedex 09



TERRITORIA MUTUELLE | mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307

Siège social | 20 avenue Léo Lagrange | CS 79650 | 79061 NIORT CEDEX 9

05 49 33 76 51 | demain@territoria-mutuelle.fr

Substituée par EOV-MCD Mutuelle | mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

| SIREN 317 442 176 | Siège social | 173 rue de Bercy | 75584 PARIS CEDEX 12