

**NOTICE D'INFORMATION
VALANT
CONDITIONS GÉNÉRALES & CONDITIONS PARTICULIÈRES PRÉVOYANCE
pour les agents du
CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE DE L'AIN**

EFFET DE LA NOTICE D'INFORMATION : 01/01/2024



Contrat Collectif à adhésion facultative

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
CHAPITRE 2. COTISATIONS.....	9
CHAPITRE 3. PRESTATIONS.....	11
CHAPITRE 4. EXCLUSIONS.....	13
CHAPITRE 5. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	13
CHAPITRE 6. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE.....	17
CHAPITRE 7. GARANTIE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	19
CHAPITRE 8. GARANTIE PERTE DE RETRAITE (OPTIONNELLE POUR L'AGENT)	20
CHAPITRE 9. MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE.....	20
CHAPITRE 10. GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE	20
CHAPITRE 11. DONNÉES PERSONNELLES	21
CHAPITRE 12. CONTRÔLE DE LA MUTUELLE.....	23
ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS AU 1 ^{ER} JANVIER 2024	24
ANNEXE 2 : GARANTIE ASSISTANCE.....	25

Chapitre 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article.1 Présentation du régime d'assurance collectif

Votre employeur vous verse une **participation** si vous adhérez aux garanties d'assurance prévoyance du contrat collectif à adhésions facultatives souscrit par le Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Ain auprès de TERRITORIA Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité.

La participation de votre employeur aux garanties d'assurance prévoyance complémentaire que vous avez souscrites est régie par :

- Les dispositions du **décret 2011-1474 du 8 novembre 2011** relatif à la participation des employeurs territoriaux au financement de la protection sociale de leurs agents,
- La législation sur les assurances, dont le code de la Mutualité et la **loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin »,
- Les statuts de TERRITORIA Mutuelle,
- Les dispositions du contrat collectif souscrit par le Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Ain et à adhésions facultatives de vous-même.

Sur la base de votre Bulletin d'Adhésion signé, vous adhérez à TERRITORIA Mutuelle et en devenez un **membre participant**. La signature du Bulletin d'Adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle, et des droits et obligations définis par la présente Notice d'Information. Vous pouvez, dès lors, participer à la vie démocratique de la Mutuelle.

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 décès/PTIA et de perte de retraite (si la garantie est souscrite par l'agent), du membre participant. La Notice d'Information mentionne l'option et le niveau d'indemnisation choisis qui s'appliquent à l'ensemble des adhésions faites au titre du présent contrat.

L'organisme d'assurance qui vous assure.

L'organisme d'assurance qui vous assure est TERRITORIA Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du code de la Mutualité, ayant son siège social au 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex.

En application de l'article L. 211-5 du Code de la mutualité, APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier Merle, 69003 LYON, se substitue intégralement à TERRITORIA MUTUELLE dont le siège social est situé au 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 CHAURAY Cedex pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la mutuelle substituée et à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20, tels qu'il sont définis dans la présente notice d'information. La mutuelle substituante donne à la mutuelle substituée TERRITORIA MUTUELLE, sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis à vis des membres participants, appartenant, ayant appartenu ou en lien avec la fonction publique, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale. En cas de carence de la mutuelle substituée pour fixer ces paramètres, ils seront déterminés par la mutuelle substituante. APICIL mutuelle dispose d'un agrément pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22. Si l'agrément d'APICIL mutuelle lui était retiré ou était déclaré caduque pour l'une de ces branches, les garanties issues des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs mentionnés à l'article L.221-1 du Code de la mutualité seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant ou au souscripteur du contrat collectif.

Conformément aux dispositions du code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article.2 Notice d'Information

La Mutuelle établit la présente notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque (congé de maladie à demi-traitement, mise en invalidité, de décès et de perte de retraite si l'option est souscrite). Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Votre employeur est tenu de vous remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations par avenant au contrat collectif, votre employeur est tenu de vous informer en vous remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle. Dès lors, vous disposez d'un mois à compter de la remise de la notice pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications.

Article.3 Lexique

Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'adhérent survenu après la date de prise d'effet du contrat.

Adhésion : acte formel qui permet à un agent d'adhérer au contrat collectif et de bénéficier des engagements d'assurance de la Mutuelle moyennant paiement de sa cotisation en qualité d'assuré, et de devenir membre participant de la Mutuelle.

Assurés : fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur, y compris les agents détachés ou mis à la disposition par l'employeur auprès d'un autre employeur public.

CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales.

Echéance : 1^{er} janvier.

Employeurs : Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Ain ainsi que des collectivités et établissements publics rattachés. En adhérant, les employeurs deviennent membres honoraires de la Mutuelle.

IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités publiques.

Maladie : affection constatée par une autorité médicale et mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, survenue après la date de prise d'effet du contrat.

Membre participant : personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à leurs ayants droit. Les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant sont définies par les statuts de la Mutuelle. Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte et reçoit gratuitement copie des statuts de la Mutuelle. La signature du Bulletin d'Adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le contrat collectif. Tous actes ou délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chacun des adhérents.

Mutuelle : TERRITORIA Mutuelle.

Régime Indemnitaire : Le régime indemnitaire comprend les primes, indemnités et gratifications brutes qui résultent de dispositions législatives ou réglementaires, à l'exclusion des remboursements de frais et des indemnités accessoires liées à l'exercice des fonctions.

Il inclut notamment : la prime de responsabilité des emplois administratifs de direction, les indemnités forfaitaires pour travaux supplémentaires, l'indemnité spécifique de service, l'indemnité d'administration et de technicité, l'indemnité d'exercice des missions, la prime de service et de rendement, la prime de technicité forfaitaire des personnels de bibliothèque, la prime de service de la filière sanitaire et sociale, la prime forfaitaire mensuelle des personnels de bibliothèque, l'indemnité spéciale mensuelle de fonction des agents et chefs de police municipale, l'indemnité de fonction, de sujétion et d'expertise.

Souscripteur du contrat : le Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Ain. Les Employeurs qui mettent en place le contrat, deviennent souscripteur du contrat qu'ils proposent à leur agents.

Traitement et NBI : Le Traitement Indiciaire Brut annuel (TIB) est calculé en utilisant la formule $IT \times VP$, où IT représente l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré et VP représente la valeur du point indice.

Lorsqu'il est fait référence au traitement indiciaire net, on entend par **Traitement Indiciaire Net**, le Traitement Indiciaire Brut soumis à retenue pour pension, diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, Sécurité Sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

En plus de ce Traitement Indiciaire Net défini ci-dessus, peut s'ajouter une NBI (majoration indiciaire) octroyée par l'employeur si l'agent occupe une fonction qui ouvre droit à cette majoration.

Lorsqu'il est fait référence à la NBI Nette, on entend par NBI Nette, la NBI Brute diminuée des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, sécurité sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

La base de garantie est celle prise en compte obligatoirement :

- Pour le calcul des cotisations,
- Pour le calcul des indemnités versées aux assurés.

Article.4 Garanties

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

- L'incapacité temporaire totale de travail,
- L'invalidité permanente,
- Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie,
- Perte de retraite (si souscrite par l'agent).

Ce qui n'est pas garanti :

Ne sont pas garantis :

- ✗ Votre perte de salaire en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle si vous êtes agent affilié à la CNRACL, car votre employeur maintient votre plein traitement et votre Régime Indemnitaire pendant cette période,
- ✗ Les arrêts de travail liés à une pathologie déjà prise en charge par un précédent assureur (rechute),
- ✗ Les arrêts de travail survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion,
- ✗ Les frais de soins engagés en cas de maladie ou d'accident, car ils sont garantis au titre de votre contrat d'assurance complémentaire santé.

Article.5 Souscription

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative. Les agents du souscripteur 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 au 1^{er} janvier 2024, 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 1^{er} janvier de chaque année pendant 6 ans soit jusqu'au 31 décembre 2029.

5.2 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- En cas de 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 membre participant ou du bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour la garantie décès toutes causes, le bénéficiaire n'est pas le membre participant.

Article.6 Adhésions

Peuvent adhérer au contrat collectif aux conditions ci-dessous, les agents titulaires ou stagiaires à temps complet ou non complet en activité, ayant une ancienneté d'un an et plus, ou exécutant un contrat d'une durée d'un an et plus, au sein de la collectivité, les agents à temps complet ou non complet mis à disposition ou en détachement.

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 :**
 - Dans les 6 premiers mois, sans formalité médicale.
 - Dans les 15 mois suivant l'effet du contrat pour les agents bénéficiaires d'un contrat individuel ayant des garanties équivalentes ou supérieures, et n'ayant pu le résilier, l'adhésion intervenant dans la continuité du précédent contrat.
 - Passés ces délais, les adhésions sont soumises à un délai 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 6 mois suivant la date de prise d'effet du contrat collectif, l'adhésion est effective à l'issue d'une période de 30 jours continus de reprise d'activité normale de service si l'agent ne peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes,
 - Au-delà des 6 mois, les adhésions sont soumises à un délai 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 6 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 6 mois, les adhésions sont soumises à un délai 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 6 premiers mois, sans formalité médicale suivant le jour de son recrutement, ou de sa reprise d'activité normale de service.
 - Au-delà des 6 mois, les adhésions sont soumises à un délai de stage défini 6.1.

6.1 Délai de stage

Un délai 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 maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de 6 mois ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties incapacité et invalidité du présent contrat. Les rechutes des Congés de Longue Maladie, de Longue Durée ou de Grave Maladie survenus au cours du délai de stage n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties incapacité et invalidité du présent contrat.

Toutefois ce délai de stage n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant 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 complété et signé 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 à l'initiative du souscripteur ou de la Mutuelle

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 16.2 de la présente Notice d'Information.

Le contrat est résiliable annuellement à échéance du 1^{er} janvier par le souscripteur et la Mutuelle, moyennant un préavis de 4 mois, ramené à 2 mois pour le souscripteur en cas de refus d'augmentation tarifaire.

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 de la présente Notice d'Information.

7.2 Résiliation du contrat à l'initiative de l'adhérent

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est notifiée, au plus tard le 31 octobre de chaque année, ou dans le délai mentionné sur l'avis d'échéance de cotisations.

Lorsque le membre participant dénonce son adhésion au contrat collectif, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique,
- Par lettre ou tout autre support durable,
- Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Par acte extrajudiciaire,
- Par un mode de communication à distance, lorsque le contrat a été conclu par ce biais.

L'adhérent doit joindre les pièces justificatives requises à sa demande.

La Mutuelle confirme la réception de cette notification par écrit au membre participant.

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 16.2 de la présente Notice d'Information.

Article.8 Date d'effet et cessation des garanties

8.1 Date d'effet

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion.

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 de la convention de participation cessent de produire leurs effets :

- En cas de non-paiement de la cotisation,
- À la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la convention de participation,
- En cas de cessation d'activité pour les assurés placés en congé parental et en disponibilité pour convenances personnelles, pour le complément de salaire. La cessation des garanties est fixée le jour de l'évènement, la cotisation étant due jusqu'à la fin du mois en cours,
- En cas de cessation d'activité pour les assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite,
- À l'âge limite de départ à la retraite pour les garanties invalidité permanente, perte de retraite consécutive à une invalidité permanente et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA),
- À l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties baisse du traitement consécutif à une incapacité temporaire totale de travail,
- Au décès de l'assuré,
- À la date d'effet de la radiation de l'assuré des effectifs de la collectivité adhérente,
- À la date d'effet de la résiliation du contrat et jusqu'à extinction du risque pour les personnes en cours d'indemnisation.

Chacun des agents éligibles aux garanties peut demander la résiliation de son adhésion à la date d'échéance annuelle, sous réserve de respecter un délai de préavis de deux mois.

La radiation de l'adhésion des agents est automatique en cas de résiliation du contrat.

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

La présente notice d'information rédigée par la Mutuelle définit 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,
- Un délai de carence de 6 mois sera appliqué sur l'écart de prestations en cas d'augmentation.

Article.13 Maintien des garanties dans des situations particulières

Les garanties des prestations et de tarifs pourront être maintenues à titre individuel dans certaines situations particulières (invalidité, décès/PTIA), sous réserve que les personnes concernées en fassent la demande expresse à la Mutuelle dans le mois suivant la cessation de leur fonction en cas de :

- Détachement – disponibilité,
- Congé parental,
- Congé pour présence parentale ou accompagnement d'une personne en fin de vie,
- Congé sabbatique visé à l'article L 122-32-17 et suivants du Code du Travail,
- Congé pour création d'entreprise visé à l'article L 122-32-12 et suivants du Code du Travail.

Le membre participant qui change d'employeur public pourra bénéficier de la portabilité de son contrat sous réserve qu'il en fasse la demande expresse à la Mutuelle dans le mois suivant son changement d'employeur.

Chapitre 2. COTISATIONS

Article.14 Base de cotisations

La cotisation est fixée en pourcentage de l'assiette.

Les taux de cotisations, hors évolution réglementaire, sont maintenus **sur les 3 premières années**.

Les cotisations sont revues en fin d'année et peuvent être révisées en fonction de l'évolution de la législation en vigueur et du résultat technique de la Mutuelle.

Seules sont autorisées les augmentations de cotisations résultant d'une majoration uniforme du tarif pour le type de garantie ou de contrat, à l'exclusion des majorations individuelles fondées sur l'évolution de l'état de santé de l'adhérent.

TERRITORIA Mutuelle ne majore pas ses tarifs lorsque l'agent adhère après le délai des 6 premiers mois.

Article.15 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 Brute,
- Du Régime Indemnitaire Brut.

Pour les agents de droit privé, l'assiette de la cotisation correspond à la somme de la rémunération brute en activité. Pour les agents à temps non complet ou partiel, le traitement de référence est proratisé en fonction du temps de travail effectué.

Les éléments de calcul sont précisés dans les conditions particulières.

Article.16 Paiement des cotisations

16.1 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.

16.2 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.

16.3 Précisions

Dans le cas où la cotisation est prélevée sur le compte bancaire de l'adhérent, ce dernier est tenu de communiquer à la mutuelle, lors de l'adhésion et annuellement, sa position statutaire et son niveau de rémunération. En l'absence de communication de ces informations dans les délais requis par la mutuelle, la cotisation est majorée de 5%. L'adhérent tient ses états de salaire à disposition de la mutuelle pour consultation éventuelle.

Article.17 Encadrement tarifaire

Les taux de cotisations, hors évolution réglementaire, sont maintenus **sur les 3 premières années**. Au-delà de cette période de stabilité et en cas de résultats dégradés, les éventuelles hausses tarifaires, à l'échelle du contrat groupe, sont plafonnées selon la clause suivante :

Type d'aggravation	Niveau	P/C	Évolution proposée (maximale)
Absentéisme réduit	de 5 % depuis le départ	< 100 %	0 %
Absentéisme constant	0%	= 100 %	0 %
Absentéisme aggravé	+ 5 % depuis la consultation	100 % < P/C <= 105 %	5 %
Absentéisme aggravé	+ 10 % depuis la consultation	105 % < P/C <= 110 %	10 %
Absentéisme aggravé	+ 15 % depuis la consultation	P/C > 110 %	12 %
Absentéisme aggravé	+ 25 % depuis la consultation	P/C > 110 %	12 %

Article.18 Évolution des cotisations à l'échelle du contrat groupe

Motifs d'évolution :

L'évolution exceptionnelle des cotisations, à l'échelle du contrat groupe, est limitée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Évolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par la Mutuelle par garantie sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L.862-4 du Code de la Sécurité Sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,

Et :

- Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
- Les frais de gestion.

Cas des modifications de la réglementation :

La modification des garanties proposée par la Mutuelle visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par les articles L.827-9 à L.827-11 du code général de la fonction publique relatives à la définition et aux niveaux des garanties minimales est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. La Mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et au plus tard dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des employeurs et des assurés par le souscripteur.

Cadre à respecter :

Lorsque la Mutuelle souhaite modifier les cotisations à la date d'échéance de l'année suivante en cas d'aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d'agents adhérents ou encore des évolutions démographiques, il adresse sa demande au souscripteur 6 mois au plus tard à compter de la date d'échéance. Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. La Mutuelle indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer.

Le souscripteur étudie la proposition :

- En cas d'acceptation des modifications tarifaires proposées par la Mutuelle, les nouveaux taux de cotisation font l'objet d'un avenant à la présente Notice d'Information,
- En cas de refus des modifications tarifaires proposées par la Mutuelle, le souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l'échéance.

Chapitre 3. PRESTATIONS

Article.19 Généralités sur les prestations

19.1 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 (capital) si la garantie est souscrite par l'agent ,
- De décès/PTIA de l'adhérent (capital).

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.

19.2 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.

19.3 Cumul d'assurances

Le montant mensuel des prestations incapacité et invalidité 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.

19.4 Base de calcul des prestations

Les prestations d'incapacité de travail, d'invalidité, de décès et de perte de retraite (si la garantie est souscrite par l'agent), sont calculés à partir des éléments de base suivants :

- Le traitement de référence mensuel net, la nouvelle bonification indiciaire nette et le Régime Indemnitaire net correspondant au traitement mensuel brut, à la nouvelle bonification indiciaire brute et le Régime Indemnitaire 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.

19.5 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 de l'indice 100 majoré.

19.6 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.20 Attribution des prestations

20.1 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.

20.2 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.

20.3 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.

20.4 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.

20.5 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.

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 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 l'adhérent celui-ci peut demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin mandaté par la Mutuelle ; les frais afférents à cette procédure seront supportés par l'adhérent.

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.

À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence du prestataire, 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. Les honoraires du médecin tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge du prestataire dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise. Ces frais sont à la charge du bénéficiaire dans le cas contraire.

Chapitre 4. EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties incapacité, invalidité, Décès-PTIA et perte de retraite (si la garantie est souscrite par l'agent), les conséquences d'accidents ou de maladie résultant :

- ! De suicide ou de la tentative de suicide, dans la première année d'assurance. Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où l'assuré était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an,
- ! De mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la Sécurité sociale,
- ! De faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- ! Directement ou indirectement du fait de guerres (civiles ou étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré,
- ! De la navigation aérienne lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité, ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée (ce pilote pouvant être l'assuré lui-même),
- ! De la pratique des sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel, et de tous les autres sports à titre professionnel,
- ! Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome.

Chapitre 5. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Article.21 Définition

La garantie incapacité temporaire totale de travail a pour objet le versement d'indemnités journalières par la Mutuelle aux assurés qui :

- Se trouvent momentanément dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer leur activité professionnelle par la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée. La garantie s'applique également aux assurés affiliés à l'IRCANTEC en ce qui concerne les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- Et perçoivent un demi-traitement, ou une indemnité de coordination, versés par leur employeur et/ou des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

La Mutuelle délivre la garantie sans remise en cause des décisions prises par l'employeur concernant la situation de l'assuré, et sans nécessité d'une décision préalable de son médecin conseil

Article.22 Les événements garantis selon le statut de l'assuré

Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'État :

- Congé de Maladie Ordinaire (CMO),
- Congé de Longue Maladie (CLM),
- Congé de Longue Durée (CLD),
- Maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- Disponibilité d'Office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

Fonctionnaires IRCANTEC :

- Congé de Maladie Ordinaire (CMO),
- Congé de Grave Maladie (CGM),
- Maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- Disponibilité d'Office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960),
- Accident du travail et maladie professionnelle.

Contractuels de droit public IRCANTEC et Assistants familiaux :

- Congé de Maladie Ordinaire (CMO),
- Congé de Grave Maladie (CGM),
- Arrêt de travail pour maladie et accident,
- Accident du travail et maladie professionnelle.

Contractuels de droit privé :

- Arrêt de travail pour maladie et accident,
- Accident du travail et maladie professionnelle.

Article.23 Garanties minimales pour les agents affiliés à la CNRACL (art 3 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022)

- Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette complétées de 40 % du Régime Indemnitare net, **déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versées par l'employeur, à compter du passage à demi-traitement** et jusqu'à épuisement des droits à congés de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurance) en cas de rétablissement rétroactif à plein traitement par l'employeur.
- Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90% du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette complétée de 40 % du Régime Indemnitare net, **déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur, en cas de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement** dans l'attente de l'avis du conseil médical , sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires en cas de placement rétroactif dans une autre position statutaire.

Article.24 Garanties minimales pour les agents assurés au régime général (art 4 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022)

- **Fonctionnaires IRCANTEC** : Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90% du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette complétée de 40 % du Régime Indemnitare net, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versées par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues, à compter du passage à demi-traitement et jusqu'à épuisement des droits à congés de maladie ordinaire et de grave maladie, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires en cas de rétablissement rétroactif à plein traitement par l'employeur.
 - **Contractuels de droit public** : La rémunération nette garantie mentionnée au précédent alinéa équivaut à 90 % du traitement indiciaire et 40 % du Régime Indemnitare net pour les agents contractuels de droit public bénéficiant d'un congé de maladie ordinaire et d'un congé de grave maladie.
 - **Contractuels de droit privé** : La rémunération garantie mentionnée au troisième alinéa du présent article équivaut à 90 % du revenu net que les agents contractuels de droit privé auraient perçu pendant la période d'exercice effectif de leurs fonctions.

- **Fonctionnaires IRCANTEC** : Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40% du Régime Indemnitaires nets, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues, **en cas de mise en Disponibilité d'Office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical**, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires en cas de rétablissement rétroactif à plein traitement par l'employeur.
- Les indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement net avant l'octroi du temps partiel pour motif thérapeutique, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues.

Article.25 Agents à temps partiel

Le montant de la prestation est au plus égal à 90 % de 1/360^{ème} de la rémunération brute annuelle définie ci-dessus correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalué à la date de prise en charge de l'incapacité de travail par le prestataire au titre de la présente garantie.

Une fois la période de temps partiel autorisée terminée, si l'assuré reste en congé maladie, il retrouve les mêmes droits que les agents travaillant à temps plein.

Pour les agents travaillant à temps partiel pour des raisons médicales ou thérapeutiques, si un assuré est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales, le prestataire prend en charge la baisse de traitement consécutive à ce temps partiel.

Il est important de préciser que tout changement d'échelon ou de grade intervenant après la date de prise en charge de la Mutuelle pour la garantie "Baisse de traitement et, le cas échéant, de la NBI et/ou des indemnités accessoires consécutives à une incapacité de travail" ne sera pas pris en compte, à moins que ces modifications aient un effet rétroactif sur la rémunération de l'agent concerné. Le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

Article.26 Méthode de calcul

La méthode de calcul pour déterminer le montant de l'indemnité journalière prend en compte le taux de prestation mentionné dans le tableau des garanties, qui est multiplié par la base de l'assurance et ensuite divisé par le nombre de jours correspondants.

Le montant obtenu est ajusté en soustrayant le traitement quotidien perçu de l'employeur et/ou de la Sécurité Sociale. Les versements des indemnités journalières sont effectués mensuellement, à terme échu.

Article.27 Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par le prestataire et augmentée des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité ne peut dépasser le produit de :

- 1/360^{ème} de la totalité de la fraction de la base annuelle des garanties définie dans le présent contrat, pris en compte par le prestataire au titre de la présente garantie,
- Par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé dans la formule choisie et revalorisé dans les conditions définies dans le présent contrat.

Cependant, la prise en charge par le prestataire de la perte de la NBI et/ou des indemnités accessoires cesse dès que cet avantage sort du cadre d'une obligation de maintien partiel ou total de ces avantages par le pouvoir adjudicateur, en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.

En cas de dépassement de la limite de 90% du traitement, les indemnités versées par le prestataire sont réduites, afin de ne pas dépasser cette limite.

Article.28 Période de franchise et durée de la prestation

La prestation est servie mensuellement à terme échu.

28.1 Pour les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'état :

- En cas de Maladie Ordinaire, à compter du moment où l'agent est en demi-traitement jusqu'au 365^{ème} jour.
- En cas de Congé de Longue Maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.
- En cas de Congé de Longue Durée non professionnelle, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année.
- En cas de Congé de Longue Durée lié à une maladie contractée en service, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année.
- En cas de mise en Disponibilité d'Office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à Congé de Maladie Ordinaire.

28.2 Pour les agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'Ircantec :

- En cas de Maladie Ordinaire, à compter du moment où l'agent en demi-traitement jusqu'au 365^{ème} jour.
- En cas de Congé de Grave Maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

28.3 Pour les agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'Ircantec :

- En cas de Maladie Ordinaire:
 - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'assuré subit une perte de salaire.
 - Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 et 3 ans : à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
 - Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : dès que l'agent se trouve en demi-traitement.
- En cas de Congé Grave Maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

La période de franchise est calculée sur la base des 365 jours discontinus ou continus qui précèdent l'arrêt de travail. La Mutuelle verse aux assurés les indemnités journalières pendant toutes les périodes indemnisées par l'employeur et/ou par la Sécurité Sociale, selon les droits de l'assuré, et dans la limite de 1 095 jours indemnisés, pour une même pathologie.

Par dérogation, la Mutuelle intervient dès le premier jour d'arrêt de travail pour le régime indemnitaire uniquement en cas de mention dans les conditions particulières. Les prestations versées au titre de cette garantie ne sont pas incluses dans la limite des 1 095 indemnités journalières versées.

28.4 Durée de la prestation :

Sauf pour les agents contractuels, les indemnités journalières versées en vertu de ladite convention de participation ne comportent aucune limite de durée de versement des prestations, en dehors de celles prévues dans le présent cahier.

Si l'employeur rétablit le plein traitement de manière rétroactive pour la période indemnisée au titre de cette garantie, lorsque le bénéficiaire est en Congé de Longue Maladie (CLM) ou en Congé de maladie de Longue Durée (CLD), les indemnités versées par les prestataires doivent lui être remboursées intégralement par le bénéficiaire.

Afin de ne pas mettre le bénéficiaire en difficulté, le remboursement sera exigible dès que l'indemnisation est versée par l'employeur, et le prestataire pourra prendre contact pour obtenir les éléments nécessaires au recouvrement. L'employeur peut également entrer en contact avec le prestataire pour le remboursement par subrogation, après accord écrit de l'agent.

28.5 Durée de la prestation pour les agents contractuels :

Pour les agents contractuels, le versement des indemnités journalières est effectué pendant la durée du contrat de l'agent et cesse à la fin de la présente convention de participation.

28.6 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 Conseil Médical,
- 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.

28.7 Terme du versement :

L'indemnisation cesse dès :

- La reprise d'activité de l'assuré,
- La fin du contrat pour les agents contractuels,
- En cas de démission ou de radiation des effectifs de la collectivité.
- La fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou pour l'assurance maladie,
- La liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- La liquidation de la pension de retraite,
- L'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein,
- Le décès/IAD de l'assuré.

28.8 Maintien des prestations :

En cas de résiliation de cette convention de participation, les prestations seront maintenues jusqu'au terme prévu. Dans tous les cas, l'indemnité sera versée à réception des décomptes transmis par les collectivités et établissements publics affiliés ou non affiliés membres du groupement de commandes (ou des pièces justifiant l'arrêt de travail) dans un délai maximum de 15 jours.

Chapitre 6. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

Article.29 Définition

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une **rente** en cas d'invalidité permanente **survenue avant** l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque les conditions suivantes sont remplies par l'assuré :

- Après avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents,
- Ou être atteint d'une invalidité qui n'est pas imputable au service et classée dans la 2^{ème} et/ou 3^{ème} catégorie.

Article.30 Montant de la prestation

30.1 Garanties minimales pour les agents affiliés à la CNRACL :

Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette de référence, sous réserve :

- D'avoir été mis à la retraite pour invalidité,
- De ne pas avoir atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite soit 62 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955.

30.2 Garanties minimales pour les agents affiliés au régime général :

Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette de référence, sous réserve :

- Soit de justifier d'une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,
- Soit de justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Cette rente est revalorisée chaque 1^{er} janvier en fonction de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale. Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir après la date de prise en charge par le prestataire au titre de la garantie « Invalidité Permanente », même à effet rétroactif, ne sera pris en considération : le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

30.3 Règles de cumul :

Le montant annuel de la rente versé par le prestataire, augmenté des prestations servies par la CNRACL, la Sécurité Sociale ou tout autre organisme **ne peut excéder 90 % de la garantie de base nette** définie dans le présent contrat, pris en compte par le prestataire et revalorisé dans les conditions définies dans le présent contrat.

Si cette limite est dépassée, la rente versée par le prestataire sera réduite pour ne pas excéder le montant défini ci-dessus.

30.4 Service de la prestation :

La rente est servie mensuellement à terme échu, et après épuisement des droits statutaires maladie et au jour de l'entrée en jouissance de la pension invalidité permanente.

30.5 Terme du versement :

Le versement de la rente cesse :

- À la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,
- À l'âge d'ouverture des droits à la retraite,
- À la liquidation de la pension vieillesse de l'assuré,
- En cas de décès.

30.6 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 2^{ème} ou de 3^{ème} 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.

30.7 Maintien des prestations :

En cas de résiliation de cette convention de participation, les prestations seront maintenues jusqu'au terme prévu. Dans tous les cas, l'indemnité sera versée à réception des décomptes transmis par les collectivités et établissements publics affiliés ou non affiliés membres du groupement de commandes (ou des pièces justifiant l'arrêt de travail) dans un délai maximum de 15 jours.

Chapitre 7. GARANTIE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article.31 Définition de la garantie décès ou PTIA toutes causes

Décès : Décès survenant avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein, Est considéré comme atteint d'une PTIA, l'assuré qui est reconnu par le prestataire comme étant dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit et qui est obligé de recourir en permanence à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le prestataire garantit le versement d'un capital en cas de réalisation des risques suivants en période de garantie :

- Décès survenant avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein,
- PTIA.

Le paiement du capital au titre de la PTIA fait cesser la garantie décès.

Article.32 Montant de la prestation

Le montant du capital de base garanti est égal à 50 % ou 100% du Salaire Annuel Brut selon la formule choisie. La base de calcul pour les assurés payés sur une base indiciaire est le Traitement Indiciaire Brut mensuel X 12 (sur la base du dernier indice majoré connu par le Souscripteur), Pour les autres assurés la base de calcul est le salaire brut des 12 derniers mois travaillés. Pour les assurés ne disposant pas de 12 mois travaillés, la base est le salaire brut du dernier mois travaillé X 12.

Article.33 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,
- Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB - RIP – RICE).

Pour bénéficier du versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 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,
- Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB - RIP – RICE).

Article.34 Définition des bénéficiaires

34.1 Décès

Les prestations sont accordées aux bénéficiaires suivants :

- En cas de PTIA : l'assuré lui-même,
- En cas de décès, et sauf désignation expresse par l'assuré d'autres bénéficiaires, le conjoint survivant de l'assuré, non divorcé ou non séparé de corps judiciairement, à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître de l'assuré, à défaut par parts égales ses ascendants, à défaut ses héritiers.
- À la souscription, l'assuré peut choisir d'affecter le capital décès - PTIA à la couverture d'un prêt bancaire en désignant l'organisme financier bénéficiaire de tout ou partie du capital assuré.

L'assuré conserve le droit de modifier la clause bénéficiaire à tout moment lorsqu'il le souhaite notamment en cas de changement de situation familiale, sauf acceptation par le bénéficiaire.

34.2 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie 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.

Chapitre 8. GARANTIE PERTE DE RETRAITE (OPTIONNELLE POUR L'AGENT)

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital afin de compenser la perte de retraite consécutive à une invalidité permanente, telle que définie dans le présent contrat, survenue avant la liquidation de la pension de retraite du régime de base de l'assuré.

Le capital est versé selon le montant indiqué à la présente Notice d'Information dès la production par l'assuré de son titre de retraite.

Pour bénéficier du versement du capital, 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 9. MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE

Pour la garantie incapacité :

Pour le calcul des prestations des garanties Incapacité de base, seules les primes mensuelles incluses dans l'assiette de cotisations seront prises en considération :

- À demi-traitement à hauteur de 40%, 60% ou 95% (selon la formule choisie) en cas de Congé de, Maladie Ordinaire, Longue Durée, Longue Maladie, Grave Maladie ou de Disponibilité d'Office pour raison de santé,
- À plein-traitement à hauteur de 0%, 90% ou 95% (selon la formule choisie) en CLM, CLD ou CGM,
- À Temps Partiel Thérapeutique à hauteur de 90% ou 95% (selon la formule choisie).

Pour la garantie invalidité :

Pour le calcul des prestations de la garantie invalidité, seules les primes mensuelles incluses dans l'assiette de cotisations seront prises en considération à hauteur de 0%, 60% ou 95% du montant net de la prime (selon la formule choisie), ayant donné lieu à cotisation pour la garantie « invalidité ».

Pour la garantie décès/PTIA :

Pour le calcul des prestations de la garantie décès/PTIA, seules les primes mensuelles incluses dans l'assiette de cotisations seront prises en considération à hauteur de 50% ou 100% du montant net de la prime ayant donné lieu à cotisation pour la garantie « décès/PTIA ».

Pour la garantie perte de retraite (si souscrite par l'agent) :

Le Régime Indemnitaire est pris en compte pour la garantie perte de retraite.

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.

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

Ligne dédiée : **09 69 32 82 67**

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.
Vous trouverez en annexe 2 un extrait des garanties assistance.

Chapitre 11. DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle collecte et traite vos données personnelles dans le cadre de ses activités afin de vous verser les prestations prévues au contrat collectif. Afin de mettre en œuvre ces traitements, la Mutuelle a choisi de déployer une organisation spécifique à la protection de vos données personnelles.

Article.35 Données collectées

La Mutuelle est susceptible de collecter les catégories de vos données personnelles suivantes :

- Données d'identification générale (nom, prénom...),
- Numéros d'identification unique (NIR),
- Données d'identification d'adhérents,
- Informations relatives à la vie personnelle,
- Données économiques ou financières,
- Données de connexion,
- Profils internet tel que l'identifiant, les profils de navigations ou des cookies.

Ces données peuvent être collectées directement auprès de vous, ou indirectement, lorsque vos données sont collectées auprès d'un organisme tiers.

Article.36 Utilisation

Les traitements portant sur vos données personnelles peuvent avoir plusieurs finalités :

- La conclusion, la gestion et l'exécution des droits et obligations de votre adhésion au contrat collectif d'assurance,
- La gestion de la relation commerciale, sauf opposition de votre part,
- L'analyse de tout ou partie de vos données afin d'améliorer la qualité de notre service ou d'évaluer votre situation personnelle pour vous conseiller dans les garanties,
- Le respect de nos obligations.

Vos données sont traitées conformément au principe de licéité de traitement. Pour cela, ces traitements reposent sur l'un des fondements juridiques suivants :

- L'exécution d'un contrat conclu ou des mesures précontractuelles prises à votre demande,
- Le respect d'une obligation légale nous incombant (exemple : lutte contre le blanchiment de capitaux),
- La protection de nos intérêts légitimes (exemple : lutte contre la fraude),
- Le consentement que vous nous avez fourni,
- Le cas échéant, la préservation de l'intérêt public.

Article.37 Partage des données

La Mutuelle est susceptible de partager des données personnelles pour plusieurs raisons, telles que la fourniture d'un produit d'assurance ou service, le respect d'une obligation légale ou réglementaire, le traitement d'un contentieux ou la défense de ses droits.

La Mutuelle ne transfère vos données personnelles qu'aux Mutuelles du Groupe APICIL dont elle fait partie, à ses intermédiaires, à ses partenaires, à ses prestataires ou aux organismes professionnels habilités qui en ont besoin pour les finalités décrites ci-dessus. La Mutuelle s'assure que ces tiers bénéficient de garanties suffisantes en matière de protection des données à caractère personnel. À cet effet, ils sont régulièrement contrôlés afin de nous assurer de leur conformité, et par incidence, préserver vos intérêts.

La Mutuelle s'engage par ailleurs à choisir comme partenaires des organismes qui respectent les exigences des lois et règlements sur la protection des données personnelles.

Enfin, la Mutuelle s'interdit de vendre ou louer vos données personnelles collectées.

Article.38 Protection des données.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de vos données personnelles effectués par la Mutuelle, vous pouvez contacter notre **Délégué à la Protection des Données** en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) :

- En envoyant un mail à : dpo@territoria-mutuelle.fr
- Ou par courrier à l'adresse suivante : à l'attention du DPO, TERRITORIA Mutuelle, 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex.

Pour toute réclamation se rapportant à la manière dont la Mutuelle collecte et traite vos données personnelles, vous disposez également du droit de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) www.cnil.fr 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Article.39 Transferts internationaux

La Mutuelle s'efforce de ne pas transférer, héberger ou donner accès à des données en dehors de l'Union Européenne ou de pays ne présentant pas une protection adéquate en matière de protection des données personnelles. Certains traitements peuvent néanmoins nécessiter un transfert de données en dehors de ces zones. Conformément à la réglementation, ces transferts interviennent alors uniquement pour exécuter un contrat conclu entre la Mutuelle et ses prestataires, exécuter une obligation légale, protéger l'intérêt public ou défendre ses intérêts légitimes. Ces transferts sont toujours encadrés par des garanties, notamment en utilisant des clauses contractuelles types de la Commission Européenne.

Article.40 Conservation

Conformément au principe de minimisation, la Mutuelle ne traite que des données adéquates, pertinentes et limitées au regard de ce qui est nécessaire pour les finalités de traitement. Il garantit également que la durée de conservation des données est limitée au strict minimum. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité. Les durées de conservation sont précisées dans une politique de durée de conservation des données.

Article.41 Droits

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données, vous disposez de droits sur vos données qui font l'objet d'un traitement par la Mutuelle. Ces droits vous sont résumés ci-dessous :

- Droit d'information, afin de savoir si certaines de vos données personnelles sont détenues par nos services,
- Droit d'accès, pour demander à accéder à vos données,
- Droit de rectification, pour compléter ou mettre à jour vos données,
- Droit d'effacement, pour demander l'effacement de vos données dans certaines circonstances,
- Droit à la limitation de certains traitements, pour restreindre les traitements de vos données,
- Droit à la portabilité, pour demander que nous transmettions à un tiers de votre choix les données personnelles que vous nous avez directement fournies,
- Droit à organiser le sort de vos données, pour désigner une personne qui exécutera vos directives sur vos données personnelles après votre décès,
- Droit d'opposition, pour vous opposer à ce que nous traitions vos données personnelles.

Pour en savoir plus sur ces droits vous pouvez consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/les-droits-pour-maitriser-vos-donnees-personnelles>.

Dans certaines situations et pour certains droits, la Mutuelle pourra s'opposer par des raisons légitimes à votre demande. Ces raisons vous seront alors expliquées.

Article.42 Sécurité

Dans son activité, la Mutuelle a conscience que la sécurité des systèmes d'information est primordiale. Nous mettons tout en œuvre pour assurer un niveau de protection optimisé de vos données personnelles. Chacun de nos collaborateurs agit pour préserver la sécurité de vos données, bénéficie d'une formation en matière de protection des données à caractère personnel et exerce son activité conformément au principe de confidentialité. De plus, nous garantissons la mise en œuvre de « mesures techniques et organisationnelles appropriées », prises en fonction de la nature des données, des finalités du traitement et des risques associés.

Ces mesures consistent en leur chiffrement, à la supervision permanente des mesures de sécurité, à la mise en place d'habilitations ou à la sécurisation physique des data center. Si, malgré les mesures que nous prenons pour limiter tout risque, un incident qui mette en péril vos données personnelles intervenait, cette violation serait notifiée à la CNIL au plus tard dans les 72 h après que nous en ayons pris connaissance. Dans le cas où cette violation engendrerait un risque élevé pour vos droits et libertés, nous vous en informerons dans les meilleurs délais.

Article.43 Contacts en cas de réclamation et de médiation

Si vous souhaitez être informé, exercer vos droits ou porter une réclamation auprès de la Mutuelle, vous disposez de ce titre de procédures spécifiques permettant la protection de vos intérêts. Vous pouvez ainsi saisir notre Délégué à la protection des données, notre service de réclamations et utiliser les services de la médiation.

Réclamation sur nos engagements d'assurance.

Pour toute réclamation sur les engagements d'assurance de la Mutuelle, vous pouvez contacter notre **Service qualité** :

- En envoyant un mail à : service-qualite@territoria-mutuelle.fr,
- Ou par courrier à l'adresse suivante : à l'attention du Service qualité, TERRITORIA Mutuelle, 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex.

Médiation sur nos engagements d'assurance.

Si le membre participant ou ses Bénéficiaires ont épuisé les voies de recours internes à la Mutuelle, et ont tenté de résoudre au préalable un différend directement avec la Mutuelle par une réclamation sans résultat, ils peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS cedex 15,
- Ou en renseignant le formulaire en ligne suivant : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Chapitre 12. CONTRÔLE 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

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS AU 1^{er} JANVIER 2024

Votre employeur participe uniquement sur les garanties de base.

GARANTIES DE BASE				
		Formule 1	Formule 2	Formule 3
Prestations	Nature	Plafond d'indemnisation (en net)		
Incapacité Temporaire de Travail :				
à demi-traitement	Indemnités Journalières	90% du TI + NBI + 40% du RI	90% du TI + NBI + 60% du RI	95% du TI + NBI + 95% du RI
à plein-traitement, en CLM, CLD ou CGM		RI non garanti	90% du RI	95% du RI
à Temps-Partiel Thérapeutique		90% du RI	90% du RI	95% du RI
Invalidité Permanente	Rente	90% du TI + NBI RI non garanti	90% du TI + NBI + 60% du RI	95% du TI + NBI + 95% du RI
Décès - PTIA	Capital	50% Du Salaire Annuel Brut	100% Du Salaire Annuel Brut	
		TAUX DE COTISATION TTC Assiette de cotisation : Traitement Indiciaire (TI) + NBI + Régime Indemnitaire bruts		
		1.92%	2.40%	2.80%
GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE				
Cette garantie ne peut être souscrite que par les agents CNRACL		Formule 1	Formule 2	Formule 3
Prestation	Nature	Plafond d'indemnisation (en net)		
Perte de retraite suite à invalidité Permanente	Capital	50% PASS		
		TAUX DE COTISATION TTC Assiette de cotisation : Traitement Indiciaire (TI) + NBI + Régime Indemnitaire bruts		
		+ 0.67%		

NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette
 TIN : Traitement Indiciaire Net
 RIN : Régime Indemnitaire Net
 PASS : Plafond Annuel Sécurité Sociale

NBIB : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute
 TIB : Traitement Indiciaire Brut
 RIB : Régime Indemnitaire Brut
 SAB : Salaire Annuel Brut

ANNEXE 2 : GARANTIE ASSISTANCE
L'ACCÈS À DES SERVICES CONCRETS DÈS 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 RENFORCÉ EN CAS D'INCIDENT DE SANTÉ

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 DURÉE 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