

NOTICE D'INFORMATION
POUR LES COLLECTIVITÉS DE 0 À 50 AGENTS
VALANT
CONDITIONS GÉNÉRALES & CONDITIONS PARTICULIÈRES
Assurance prévoyance complémentaire
POUR LE
CENTRE DÉPARTEMENTAL DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE MARTINIQUE

Effet de la Notice d'Information : 01/01/2024



CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE MARTINIQUE

SOMMAIRE

1	Présentation du régime d'assurance collectif.....	3
2	Tableau des garanties pour les collectivités de 0 à 50 agents.....	5
3	Lexique	6
4	Adhésion des agents.....	6
5	Cotisations	9
6	Garanties	10
6.1	Garantie incapacité temporaire de travail	10
6.2	Garantie invalidité permanente	13
6.3	Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie	15
6.4	Garantie perte de retraite	16
6.5	Garantie accompagnement social et assistance.....	16
7	Dispositifs de maintien et de renforts de garanties	18
8	Dispositions communes aux garanties.....	21
9	Justificatifs à produire pour le règlement des prestations	24
10	Compte de résultat et pilotage	25
11	Protection de la clientèle	26
11.1	Traitement de vos données personnelles	26
11.2	Contacts en cas de réclamation et de médiation	27

1 Présentation du régime d'assurance collectif

Dispositions générales.

Votre Employeur vous verse une **participation** si vous adhérez aux garanties d'assurance prévoyance du contrat collectif à adhésions facultatives souscrit par le Centre de Gestion de la Martinique 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 Evvin »,
- Les statuts de TERRITORIA Mutuelle,
- Les dispositions du contrat collectif souscrit par le Centre de Gestion Départemental de la Fonction Publique Territoriale de Martinique 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.

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 Gabriel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex.

En application de l'article L211-5 du code de la Mutualité, AESIO Mutuelle, ayant son siège 4 rue du Général Foy – 75008 PARIS, se substitue intégralement à TERRITORIA Mutuelle, pour la constitution des garanties d'assurances maladie et accident offertes aux Assurés de la substituée, relevant des branches 1, 2 et 20, tels qu'ils sont définis dans le règlement Mutualiste de TERRITORIA Mutuelle, qui fait partie intégrante de la convention. La Mutuelle substituante, AESIO Mutuelle, donne à la Mutuelle substituée, 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-droits, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale. AESIO Mutuelle dispose d'un agrément pour les branches 1, 2, 20 et 21. Si l'agrément d'AESIO Mutuelle lui était retiré pour ces branches, les garanties seraient résiliées le quarantième jour (40^{ème}) à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion afférente à la période non garantie étant alors remboursée 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.

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, décès). 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.

Ce qui est garanti.

Les garanties proposées ont pour objectif de compenser :

- **La perte de votre salaire en cas de :**
 - o **Congé de maladie** ou de disponibilité d'office à compter du passage à demi-traitement et/ou versement d'indemnités journalières, grâce au versement d'indemnités journalières de la **garantie incapacité de travail**,
 - o **Mise en retraite pour invalidité** de la vie privée ou imputable au service si vous êtes agent affiliés à la CNRACL, ou mise en invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie (invalidité de la vie privée) ou à compter d'un taux d'incapacité d'au moins 66% (invalidité professionnelle) si vous êtes affilié à l'IRCANTEC, grâce à une rente mensuelle de la garantie **invalidité permanente**,
- ou le **versement d'un capital** en cas de :
 - o **Perte des droits à la retraite** afin de compenser la perte de retraite consécutive à une invalidité permanente survenue avant l'âge légal de départ en retraite de la garantie **perte de retraite**,
 - o **Décès toutes causes** (accident ou maladie) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) permet à vos bénéficiaires de bénéficier d'un capital et d'allocation obsèques à hauteur d'1 PMSS.

Pour les garanties qui compensent votre perte de salaire, la Mutuelle intervient uniquement en relais et en complément des prestations et obligations de votre Employeur et/ ou de la Sécurité Sociale ou des organismes publics de retraite (CNRACL et IRCANTEC uniquement).

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.

2 Tableau des garanties pour les collectivités de 0 à 50 agents.

Les garanties proposées dépendent du choix de l'adhérents quant à la possibilité de souscrire à des garanties complémentaires facultatives.

TABLEAU DES GARANTIES			
POUR LES COLLECTIVITÉS DE 0 à 50 AGENTS			
Votre Employeur participe sur la garantie de base obligatoire uniquement, avec possibilité de compléter votre couverture avec des renforts et une garantie complémentaire facultatifs			
PRESTATIONS	NATURE	PLAFONDS D'INDEMNISATION	TAUX DE COTISATION TTC
LES GARANTIES OBLIGATOIRES			
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL MAINTIEN DE SALAIRE	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	90% TIN + NBIN + 90% RIN* POUR LES PÉRIODES À DEMI-TRAITEMENT	1,48% TIB+NBIB+RIB
INVALIDITÉ PERMANENTE	RENTE MENSUELLE	90% TIN + NBIN	
DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA + ALLOCATION OBSÈQUES	CAPITAL	25% SAB	
		1 PMSS	
LES RENFORTS FACULTATIFS DES GARANTIES OBLIGATOIRES (tout ou partie des renforts au choix de l'agent)			
RENFORT DE LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	90% du RIN* POUR LES PÉRIODES À PLEIN-TRAITEMENT EN CAS DE CLM, CLD & CGM	0,41% TIB+NBIB+RIB
RENFORT DE LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE (MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE)	RENTE MENSUELLE	90% RIN	0,16% TIB+NBIB+RIB
RENFORT DE LA GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA	CAPITAL	+ 75% SAB	0,33% TIB+NBIB+RIB
LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE (à adhésion facultative de l'agent)			
PERTE DE RETRAITE SUITE À UNE INVALIDITÉ (UNIQUEMENT POUR LES AGENTS CNRACL)	CAPITAL	50 % PASS	0,48% TIB+NBIB+RIB

TIB : Traitement Indiciaire Brut, y compris indemnité compensatrice de la CSG
 TIN : Traitement Indiciaire Net, y compris indemnité compensatrice de la CSG
 RIB : Régime Indemnitaire Brut
 PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

NBIB : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute
 NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette
 RIN : Régime Indemnitaire Net
 TPT : Temps Partiel Thérapeutique
 SAB : Salaire Annuel Brut

*Le plafond d'indemnisation du Régime Indemnitaire versé par TERRITORIA Mutuelle ne peut excéder la somme de 90% du montant du Régime Indemnitaire net perçu par l'agent s'il avait été en activité incluant la part du Régime Indemnitaire maintenue par la collectivité, le cas échéant, suivant la délibération prise sur le maintien du Régime Indemnitaire en CMO, CLM, CLD et CGM.

3 Lexique

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.

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.

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.

Employeur : Le Centre de Gestion de la Martinique ainsi que les 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'Etat 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.

Souscripteur du contrat : Le Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Martinique.

4 Adhésion des agents

Absence de limite d'âge à l'adhésion.

Aucune limite d'âge n'est appliquée à l'adhésion par la Mutuelle.

Formalisation de l'adhésion.

Les adhésions sont formalisées par un bulletin d'adhésion remis par la Mutuelle. La date d'effet de l'adhésion est celle du contrat collectif dans le cas d'une demande d'adhésion antérieure, ou le premier jour du mois suivant la demande de l'adhésion en cas de demande d'adhésion postérieurement à la date d'effet du contrat. Avec le Bulletin d'Adhésion, la Mutuelle remet la Notice d'Information du contrat collectif d'assurance et le document d'information sur le produit d'assurance à l'assuré. L'adhésion est formée dès l'émission du certificat d'adhésion par la Mutuelle qui est obligatoirement remis à l'assuré.

Droit de renonciation à l'adhésion.

L'assuré peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours à compter de la confirmation par la Mutuelle de son adhésion. L'assuré adresse par lettre recommandée avec accusé de réception au siège social de la Mutuelle sa demande de renonciation. La Mutuelle restitue dans ce cas à l'assuré l'intégralité de la cotisation déjà versée, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée. L'assuré qui a renoncé à son adhésion ne peut plus adhérer par la suite au contrat collectif.

La lettre de renonciation de l'assuré sera rédigée en les termes suivants : « Je soussigné(e) ...(prénom/nom) demeurant à(adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°..... et entend recevoir dans un délai de 30 jours calendaires la restitution de ma cotisation versée pour un montant de Euros. Date et signature : ...».

Durée de l'adhésion et résiliation.

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat, sauf résiliation par l'assuré deux mois au moins avant cette date par lettre recommandée ou par envoi d'un recommandé électronique ou par lettre ou tout autre support durable ou par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance, lorsque le contrat a été conclu par ce biais. L'assuré doit joindre les pièces justificatives requises à sa demande. La Mutuelle confirme la réception de cette notification par écrit à l'assuré.

Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, la Mutuelle doit communiquer la nouvelle version de la Notice d'Information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications. L'assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version de la Notice d'Information en raison de ces modifications, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par la Mutuelle.

La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties.

Demande et date d'effet de l'adhésion.

Si l'agent demande son adhésion au plus tard dans les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche, et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :

- **Activité normale de service :**

- L'adhésion est effective à la demande de l'assuré avec un effet au plus tôt à la date d'effet du présent contrat ou de sa date d'embauche.
- 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.

- **Temps partiel thérapeutique :**

L'adhésion est effective à la demande de l'assuré avec un effet au plus tôt à la date d'effet du présent contrat ou de sa date d'embauche.

- **Arrêt de travail :**

L'adhésion est effective à l'issue d'une période de 30 jours continus de reprise d'activité normal de service si l'agent ne peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, ou du jour de la reprise effective d'activité si l'agent justifie de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, et sous réserve que la résiliation de son ancien contrat et son adhésion au contrat collectif soient simultanées. La période de 30 jours n'est pas applicable pour les agents en situation de Congé de Longue Maladie (CLM), de Congé de Longue Durée (CLD) ou de Congé de Grave Maladie (CGM) pris de manière fractionnée.

Il faut comprendre par arrêt de travail, autre que le temps partiel thérapeutique, les événements définis à l'article 3.1 « Garantie incapacité temporaire de travail ».

Si l'agent demande son adhésion après les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche ou, ayant déjà adhéré au contrat, demande à être garanti à l'une des garanties facultatives, et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :

- **Activité normale de service :**

L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au Bulletin d'Adhésion avec application d'un délai de stage de 6 mois.

- **Temps partiel thérapeutique :**

L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au Bulletin d'Adhésion avec application d'un délai de stage de 6 mois.

- **Arrêt de travail :**

L'adhésion est effective à l'issue d'une période de reprise en activité normale de service de 30 jours consécutifs et avec application d'un délai de stage de 6 mois.

Il faut comprendre par arrêt de travail, autre que le temps partiel thérapeutique, les événements définis à l'article 3.1 « Garantie incapacité temporaire de travail ».

Délai de stage.

Le **délai de stage** est une période de 6 mois pendant laquelle les garanties incapacité de travail, invalidité et complément retraite ne s'appliquent pas, c'est-à-dire que les événements survenus pendant cette période ne sont pas indemnisés, bien que l'assuré cotise.

La garantie décès et les événements consécutifs à un accident ne sont pas soumis au délai de stage.

L'adhésion ne peut être conditionnée à un questionnaire ou examen médical.

Changement de garanties.

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 sera appliqué sur l'écart de prestations en cas d'augmentation.

Cessation de l'adhésion.

Les garanties cessent de produire leur effet, sauf cas de la portabilité de l'adhésion :

- À la date à laquelle l'assuré cesse de bénéficier de la qualité d'agent,
- À la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par l'assuré,
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'assuré,
- À la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'assuré,
- Au décès de l'assuré,
- À la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur.

5 Cotisations

Base des cotisations.

Les garanties sont accordées par la Mutuelle moyennant le paiement d'une cotisation par l'assuré calculée à partir des taux de cotisations toutes taxes comprises indiqués dans le tableau des garanties, applicables à la base de l'assurance qui est composée comme suit :

Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'État	salaire brut ou indemnités brutes en activité (y compris l'indemnité compensatrice CSG) auxquels il faut soustraire le supplément familial de traitement, l'indemnité de résidence, les primes à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), ou les primes exceptionnelles, et le service fait (heures complémentaires, heures supplémentaires et astreintes).
Fonctionnaires IRCANTEC	Salaire brut ou indemnités brutes en activité (y compris l'indemnité compensatrice CSG) auxquels il faut soustraire le supplément familial de traitement, l'indemnité de résidence, les primes à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), ou les primes exceptionnelles, et le service fait (heures complémentaires, heures supplémentaires/ astreintes).
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux	Salaire brut ou indemnité brutes en activité (y compris l'indemnité compensatrice CSG) auxquels il faut soustraire le supplément familial de traitement, l'indemnité de résidence, les primes à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), ou les primes exceptionnelles, et le service fait (heures complémentaires, heures supplémentaires/ astreintes). Pour les assistants familiaux, le salaire brut ou indemnités brutes en activité complétés, le cas échéant des primes brutes (les primes liées à l'entretien des enfants ne sont pas prise en compte ainsi que les primes exceptionnelles).
Contractuels de droit privé IRCANTEC	Salaire brut ou indemnité brutes en activité (y compris l'indemnité compensatrice CSG) auxquels il faut soustraire le supplément familial de traitement, l'indemnité de résidence, les primes à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), ou les primes exceptionnelles, et le service fait (heures complémentaires, heures supplémentaires/ astreintes). Pour une ancienneté inférieure à 12 mois, moyenne des salaires bruts perçus depuis l'embauche jusqu'à l'adhésion.

Mode de paiement des cotisations.

Le paiement des cotisations est effectué :

- Par principe, par l'employeur en raison de la mise en place du précompte mensuel auprès des Assurés. Dans le cas, le souscripteur est le seul responsable du paiement à la Mutuelle de la totalité des cotisations prélevées sur les feuilles de paie des assurés,
- À défaut, par l'assuré sous la forme du prélèvement bancaire.

La périodicité des paiements, par l'employeur ou l'assuré, est mensuelle.

Le défaut de paiement des cotisations est régi par la réglementation sur les assurances.

Exonération de cotisations.

En cas de versement par la Mutuelle de la rente d'invalidité permanente, les assurés bénéficient d'une exonération de cotisations.

6 Garanties

6.1 Garantie incapacité temporaire de travail

Définition.

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement **d'indemnités journalières** par la Mutuelle aux Assurés n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein, et 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**, ou sont autorisés à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique. La garantie est étendue aux conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour les assurés affiliés à l'IRCANTEC,
- Et perçoivent un demi-traitement ou une indemnité de coordination versés par leur employeur et/ou des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, selon les droits de l'assuré.

La garantie est délivrée par la Mutuelle sans remise en cause par celle-ci des décisions de l'employeur au regard de la situation de l'assuré, ni de décision préalable de son médecin conseil.

Assurés	Selon le statut de l'assuré, les événements garantis sont :
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, - Temps Partiel pour raison Thérapeutique (régime indemnitaire uniquement).

Assurés	Selon le statut de l'assuré, les événements garantis sont :
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 avec versement des indemnités journalières de coordination selon les dispositions de l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, - Invalidité temporaire avec versement de l'AIT prévue par l'article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960, y compris la période d'instruction de la demande. - Accident du travail et maladie professionnelle, - Temps Partiel pour raison Thérapeutique (régime indemnitaire uniquement).
Contractuels de droit public IRCANTEC 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, - Temps Partiel pour raison Thérapeutique (régime indemnitaire uniquement).
Contractuels de droit privé IRCANTEC	- Arrêt de travail pour maladie et accident, - Accident du travail et maladie professionnelle, - Temps Partiel pour raison Thérapeutique (régime indemnitaire uniquement).

Base de l'assurance.

Le montant de l'indemnité journalière est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la base de l'assurance, puis divisé par le nombre de jours correspondants. À ce montant est déduit le traitement journalier versé par l'employeur et/ou la Sécurité Sociale. Les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu.

La base de l'assurance est définie comme suit :

Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'État	Salaire net que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les avancements d'échelons et de grades sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de la Mutuelle est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.
Fonctionnaires IRCANTEC	Salaire net que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les avancements d'échelons et de grades sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de la Mutuelle est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux	Salaire net, que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les changements d'indice sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de la Mutuelle est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.

Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux	Pour les assistants familiaux, moyenne des salaires nets des 12 derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail, hors primes diverses liées à l'entretien des enfants. Si l'assuré ne dispose pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précèdent l'arrêt de travail.
Contractuels de droit privé IRCANTEC	Salaire net, que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les changements d'indice sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de la Mutuelle est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.
L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire. Le Complément Indemnitaire Annuel (CIA) n'est pas garanti au titre du régime indemnitaire.	

Période indemnisée.

La Mutuelle intervient après une période de franchise et pour une durée d'indemnisation maximum telles qu'indiqués ci-après :

Assurés	Franchise	Durée d'indemnisation
Fonctionnaires CNRACL	Période de plein traitement selon les congés de maladie.	1 095 jours indemnisés par la Mutuelle pour une même pathologie
Fonctionnaires IRCANTEC	Période de plein traitement selon les congés de maladie.	
Contractuels de droit public IRCANTEC	30 jours quelle que soit l'ancienneté de l'assuré chez l'employeur.	
Contractuels de droit privé IRCANTEC	30 jours quelle que soit l'ancienneté de l'assuré chez l'employeur.	

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.

Le service des indemnités journalières prend fin à effet :

- Soit du jour de la reprise d'activité de l'assuré,
- Soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur pour l'assuré soumis au régime spécial de la fonction publique territoriale, et/ou par l'Assurance maladie pour l'assuré soumis au régime général de la Sécurité sociale,
- Soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- Soit à la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'assuré,
- Soit au jour du décès de l'assuré.

Droits rétablis.

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif et pour la période indemnisée au titre des garanties accordées par la Mutuelle (c'est-à-dire lorsque l'assuré est mis en Congé de Longue Maladie ou de Congé de maladie de Longue Durée ou de Congé de Grave Maladie, ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnue), l'assuré rembourse obligatoirement les indemnités journalières versées par la Mutuelle.

6.2 Garantie invalidité permanente

Définition.

La garantie invalidité permanente a pour objet le versement par la Mutuelle d'une **rente mensuelle** aux Assurés n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, et qui :

- Pour les assurés **affiliés à la CNRACL** ou au régime spécial pour les agents détachés de l'État, sont mis à la retraite pour invalidité,
- Ou, pour les **autres assurés** :
 - o Qui justifient d'un classement en 2^{ème} catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) ou en 3^{ème} catégorie (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) selon l'article L341-4 du code de la Sécurité Sociale,
 - o Ou d'un taux d'incapacité d'au moins 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de la Mutuelle, ce dernier respectant les dispositions de la notification de la CNRACL ou de la Sécurité Sociale selon les situations des assurés.

Le montant de la rente mensuelle est calculé selon le taux de prestation indiqué au tableau des garanties.

Base de l'assurance.

Le montant de **la rente mensuelle** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la base de l'assurance. À ce montant est déduit la rente ou la pension versée par la CNRACL ou la Sécurité Sociale. La rente est versée mensuellement à terme échu.

La Base de l'assurance est composée comme suit :

Fonctionnaires CNRACL ou détachés de l'État	Traitement correspondant à l'indice brut retenu pour la liquidation de la pension d'invalidité, indiqué sur le décompte de pension délivré par la CNRACL complété, si la garantie est mentionnée au Bulletin d'Adhésion, de 1/12 ^{ème} du régime indemnitaire net annuel que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'employeur.
Fonctionnaires IRCANTEC	Traitement annuel net que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'employeur, complété, si la garantie est mentionnée au Bulletin d'Adhésion, de 1/12 ^{ème} du régime indemnitaire net annuel que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'employeur.
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux	Traitement annuel net que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'employeur, complété, si la garantie est mentionnée au Bulletin d'Adhésion, de 1/12 ^{ème} du régime indemnitaire net annuel que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'employeur. Pour les assistants familiaux, moyenne des salaires nets des 12 derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si l'assuré ne dispose pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précèdent l'arrêt de travail.
Contractuels de droit privé IRCANTEC	Salaire annuel net que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'employeur, complété, si la garantie est mentionnée au Bulletin d'Adhésion, de 1/12 ^{ème} des primes net annuel que l'assuré aurait perçus s'il avait continué à travailler sur attestation de l'employeur.

Période indemnisée.

La rente est servie mensuellement selon un terme échu à compter de :

- La date de mise à la retraite pour invalidité, pour les agents affiliés à la CNRACL (ou affiliés au régime spécial pour les agents de l'État),
- La date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale, ou de la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, pour les agents relevant du régime général de Sécurité Sociale.

Le service de la rente prend fin à effet :

- Soit de la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, de l'assuré, sauf si la Mutuelle intervient pour la 1^{ère} catégorie,
- Soit de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'assuré,
- Soit au jour du décès de l'assuré.

6.3 Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie

Définition.

La garantie **décès toutes causes**, c'est-à-dire survenu à la suite d'un accident ou d'une maladie survenus dans le cadre de la vie privée ou la vie professionnelle de l'assuré, a pour objet le versement :

- D'un capital en cas de décès de l'assuré survenant tant que l'assuré est dans l'effectif du Souscripteur, ou, à défaut, tant que l'assuré bénéficie du versement d'une rente mensuelle d'invalidité par la Mutuelle,
- D'un capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré survenant avant la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'assuré. Est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie l'assuré qui est :
 - o Dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer un gain ou un profit :
 - avec un taux d'incapacité permanente d'au moins 95% pour les assurés affiliés à la CNRACL,
 - avec un classement en 3^{ème} catégorie selon l'article L341-4 du code de la Sécurité Sociale, ou un taux d'incapacité permanent d'au moins 95% pour une invalidité consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, pour les assurés affiliés à la Sécurité Sociale,
 - o Et être obligé de recourir de manière permanente à l'assistance d'une tierce personne afin d'accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- D'un capital pour frais obsèques en cas de décès de l'assuré équivalent à 1 PMSS.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie décès.

Le montant du capital décès correspond au taux de prestation et selon la base de l'assurance indiqués au tableau des garanties.

Bénéficiaires.

Pour le capital de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire est l'assuré.

Pour le capital en cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite de l'assuré auprès de la Mutuelle, et formalisée dans le Bulletin d'Adhésion.

L'assuré a le droit de modifier à tout moment la clause bénéficiaire, en particulier lorsque sa situation familiale change (mariage, divorce, séparation, naissance, adoption...).

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En cas d'absence de désignation expresse de bénéficiaire, ou de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- Au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin notoire ou au partenaire de PACS,
- À défaut à ses enfants vivants ou représentés,
- À défaut à ses petits-enfants,
- À défaut de descendants directs, à ses parents survivants,
- À défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
- À défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- À défaut, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

En cas de déshérence, les capitaux non réglés sont versés à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat ou de l'adhésion.

Base de l'assurance.

Le montant du capital est :

- Pour les assurés payés sur une base indiciaire : le traitement indiciaire brut mensuel X 12 (sur la base du dernier indice majoré connu par le souscripteur),
- Pour les autres Assurés : 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.

6.4 Garantie perte de retraite

Définition.

La garantie perte de retraite 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.

Période indemnisée.

Le **capital** est versé dès la production par l'assuré de son titre de retraite.

6.5 Garantie accompagnement social et assistance

Tout Assuré et les personnes vivant sous son toit, domiciliées en France Métropolitaine ainsi que dans les DROM-COM, bénéficient automatiquement d'un accompagnement social et de l'Assistance Maintien de Traitement, garantie assurée par Inter Mutuelles Assistance 24h/24 et 7j/7.

Accompagnement social.

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.

Assistance.

L'Assistance Maintien de Traitement a pour objet d'apporter aux Assurés de la 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.

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 adulte : 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
Bilan de vie par un ergothérapeute Bilan de la personne et de son environnement - Rapport de préconisations en matière d'aménagement du domicile	Traitement radiothérapie, chimiothérapie, curiethérapie, trithérapie, quadrithérapie
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...)

Ces services sont accessibles directement via le site internet : www.mutnov-services-plus.fr et/ou par une ligne téléphonique dédiée : **09 69 32 82 67**.

7 Dispositifs de maintien et de renforts de garanties

Pathologies et situations antérieures à l'adhésion de l'assuré.

Par application de l'article 3 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la Mutuelle doit prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'assuré, y compris les rechutes. Est considérée comme une rechute un nouveau congé de maladie, ou un nouvel arrêt de travail, survenu au cours de la validité du présent contrat après la date de reprise de travail à la suite d'un congé de maladie, ou d'un arrêt de travail, d'une même pathologie.

La Mutuelle doit la garantie à l'assuré selon les situations antérieures de celui-ci à la date d'effet de l'adhésion :

- **Situation 1 : situations antérieures sans arrêt de travail.** Les suites d'états pathologiques d'un accident survenu ou d'une maladie contractée antérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'assuré sans arrêt de travail antérieurement à cette date sont prises en charge par la Mutuelle,
- **Situation 2 : situations antérieures avec arrêt de travail.** L'assuré dont l'arrêt de travail fait l'objet d'une **rechute** (Assuré en arrêt de travail avec reprise du travail antérieure à la date d'adhésion au présent contrat, puis de nouveau en arrêt de travail survenu pendant la période de validité du présent contrat consécutif à cette même pathologie ou accident antérieur) avec ou sans **transformation ou requalification** (exemple : passage d'un arrêt de travail de type congé pour raison de santé en disponibilité d'office ou retraite pour invalidité), est garanti par la Mutuelle selon les cas suivants :
 - *Cas 1. L'assuré était couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente de son ancien contrat individuel.* Dans ce cas, la Mutuelle doit la garantie en cas de refus contractuellement justifié de l'ancien assureur,
 - *Cas 2. L'assuré était couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente de l'ancien contrat collectif.* Dans ce cas, la Mutuelle doit la garantie en cas de refus justifié de l'ancien assureur du fait de l'application des conditions d'acquisition de la garantie de cet ancien contrat. La garantie s'applique, notamment, si l'arrêt de travail antérieur à la date d'effet de l'adhésion au présent contrat n'avait pas fait l'objet d'une indemnisation par l'ancien contrat car conditionnée à l'épuisement d'une franchise,
 - *Cas 3. L'assuré n'était pas couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente.*

L'assuré couvert antérieurement communique à la Mutuelle tous les documents contractuels relatifs à son ancienne adhésion, comme le Bulletin d'Adhésion et les conditions générales, le

règlement mutualiste ou la Notice d'Information, ainsi que leurs avenants successifs et tout autre document nécessaire à sa prise en charge.

La Mutuelle apporte son assistance juridique et technique auprès de l'assuré afin de faire valoir les droits de ce dernier auprès de l'ancien Assureur si nécessaire.

Enfin, les garanties sont acquises sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration de l'assuré.

PROJET

Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité).

Les garanties d'assurance du présent contrat sont maintenues pour l'assuré et ses ayants-droit éventuels dans deux cas :

- **Cas 1 : application des dispositions de l'article L5111-7 du code général des collectivités locales.** Si les assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec la Mutuelle. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et la Mutuelle. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. La Mutuelle est informée de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour la Mutuelle.
- **Cas 2 : en cas de départ de l'assuré de l'effectif de l'employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur.** En cas de départ de l'assuré de l'effectif du Souscripteur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, la Mutuelle ne peut refuser de maintenir les garanties à l'assuré qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par la Mutuelle s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'assuré.

Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail.

- **Cas 1 : maintien obligatoire des garanties. Cas des suspensions rémunérées ou indemnisées.**

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit des assurés, et de leurs ayants-droit, dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- *d'un maintien, total ou partiel, de salaire,*
- *d'indemnités journalières complémentaires* financées au moins pour partie par le souscripteur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- *d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur.* Ce cas concerne notamment les assurés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en période de congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, le souscripteur et l'assuré continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération ou de l'indemnisation soumise aux cotisations de Sécurité Sociale.

- **Cas 2 : maintien facultative des garanties. Cas des suspensions non rémunérées ou non indemnisées.**

Les assurés dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni de perception d'indemnités journalières (par exemple les assurés en congé sans solde, congé parental d'éducation à temps plein, congé sabbatique...) peuvent, à leur demande, continuer à bénéficier des garanties d'assurance, sous réserve de s'acquitter, pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l'intégralité de la cotisation due (part Souscripteur et part Assuré) calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois civils précédant cette suspension.

Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat.

Par application des articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat ou des adhésions individuelles des assurés sont sans effet sur :

- Le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution de présent contrat, relatives aux garanties incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, perte de retraite et décès. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins 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. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement,
- Les prestations à naître au titre du maintien de la garantie décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente définie dans le présent contrat.

Ces engagements doivent être couverts à tout moment par la Mutuelle par des provisions représentées par des actifs équivalents.

8 Dispositions communes aux garanties

Exclusions.

La Mutuelle ne prend pas en charge les conséquences des risques résultant :

- ! De guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- ! Dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques,
- ! De la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

Cumul des prestations.

Les niveaux de prestations versées par la Mutuelle, complétés des prestations versées par l'employeur, par l'Assurance maladie ou par tout autre organisme public, ne peuvent excéder les taux de prestations des garanties accordées au titre du présent contrat. En cas de dépassement de ce taux de prestations, les prestations à verser par la Mutuelle sont réduites à concurrence de ce montant.

Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.

Les garanties accordées aux Assurés par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré 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.

Omission ou déclaration inexacte.

L'omission ou la déclaration inexacte de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré. À défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée à l'assuré par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à l'assuré la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par l'assuré par rapport au taux de cotisation qui aurait été due, si les risques avaient été exactement déclarés.

Contrôle médical.

La Mutuelle, par le service de son médecin conseil, peut effectuer un contrôle médical de l'assuré, et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé.

Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués au frais de la Mutuelle par un médecin désigné par ses soins. Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestation, et non à la demande de prestation. Ils ne peuvent être réalisés pour les congés maladies attribués après avis du conseil médical, commission de réforme ou avis de la Sécurité Sociale. L'assuré qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par la Mutuelle en défaveur de l'assuré, la Mutuelle notifie à l'assuré sa décision de suspendre le versement des prestations à compter de la date de fin figurant sur l'arrêt de travail et au plus tard dans les 30 jours à compter de la notification à l'assuré.

L'assuré peut contester les conclusions de ce rapport dans les 30 jours à compter de la réception de ce document, en envoyant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par la Mutuelle.

À réception de ce courrier, la Mutuelle demande, à ses frais, à l'assuré de procéder à une contre-expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture du Souscripteur ou d'un autre Département. Le médecin agréé est choisi par l'assuré. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à la Mutuelle et à l'assuré.

Revalorisation des prestations.

Les prestations versées au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente sont revalorisées chaque année au 1er janvier selon l'évolution du point d'indice de la Fonction Publique.

Les nouveaux montants ainsi calculés sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après revalorisation.

Prescription.

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente Notice d'Information sont **prescrites par deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, 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 de l'assuré 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 l'assuré 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 l'assuré.

Subrogation et tiers responsable.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des assurés et des bénéficiaires contre les tiers responsables.

Pénalités pour non-respect des délais de paiement.

La Mutuelle met en place un état de suivi des délais de paiement permettant de connaître la moyenne du délai de paiement pour l'ensemble des dossiers, et le délai dossier par dossier. Cet état est communiqué au Souscripteur sous format électronique à la fin de chaque trimestre. Des pénalités sont appliquées en cas de dépassement du délai contractuel global calculé chaque trimestre par dossier.

Ces pénalités, applicables par trimestre et pour l'ensemble des dossiers, s'élèvent à :

- 250 € en cas de dépassement compris entre 11 et 20 jours,
- 500 € en cas de dépassement compris entre 21 et 25 jours,
- 1 000 € en cas de dépassement compris entre 26 et 30 jours,
- 1 500 € en cas de dépassement égal ou supérieur à 31 jours.

Elles sont versées aux agents assurés concernés. Ces pénalités sont à déduire hors compte de résultat technique.

9 Justificatifs à produire pour le règlement des prestations

Garantie incapacité de travail.

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

- Les 3 derniers bulletins de paie,
- L'attestation de prise en charge à demi-traitement 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 Départemental,
- La copie de l'arrêté de l'employeur 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 agents contractuels,
- Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) de l'assuré,
- 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.

Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

Garantie invalidité permanente.

Afin de faire valoir ses droits, l'assuré doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par l'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 définitif 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) de l'assuré.

Pour les agents affiliés au 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) de l'assuré.

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.

Garantie perte de retraite.

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.

Garantie décès toutes causes.

Pour bénéficier du versement du capital en cas de décès de l'assuré, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- 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 de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré, 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.

10 Compte de résultat et pilotage

Par application de l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée et de l'article 3 du décret n°90-769, la Mutuelle est tenue de fournir chaque année au Souscripteur un rapport sur les comptes du contrat. Ce rapport :

- Présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par la Mutuelle, et comporte la justification de leur caractère prudent,
- Est adressé par la Mutuelle au Souscripteur deux mois après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 30 juin suivant la clôture de l'exercice considéré,
- Comporte le compte de résultat technique qui comprend :
 - o Le montant des cotisations brutes de réassurance,
 - o Le montant des prestations payées, brutes de réassurance,
 - o Le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré,
 - o La quote-part des produits financiers nets, des commissions, des autres charges, des participations aux résultats et du résultat de la réassurance,
- Indique le nombre d'assurés selon les options.

11 Protection de la clientèle

11.1 Traitement de vos données personnelles

Dispositions générales.

Dans le cadre de leurs relations contractuelles, les parties au contrat sont tenues au respect de la réglementation en vigueur applicable aux traitements de données à caractère personnel et, en particulier, la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que le règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Le souscripteur s'engage à traiter les données personnelles en sa possession conformément aux lois ou règlements applicables et aux seules finalités prévues, ainsi qu'à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour s'assurer et être en mesure de démontrer que le traitement est effectué conformément au RGPD. Ces mesures sont réexaminées et actualisées si nécessaire.

La Mutuelle est elle-même responsable de traitement de données à caractère personnel, dans le cadre de l'exécution du présent contrat. Il s'engage alors à offrir les mêmes garanties que celles énoncées au présent article et à respecter notamment les dispositions du RGPD. Mesures de sécurité.

La Mutuelle s'engage à mettre en œuvre les mesures de sécurité techniques et organisationnelles garantissant un niveau de sécurité adapté au risque.

La Mutuelle s'engage à fournir une description générale des mesures de sécurité techniques et organisationnelles, notamment sur l'administration, l'hébergement et les sauvegardes des plateformes de gestion ou d'échange de données mis à disposition.

Sort des Données.

Au terme de la prestation de services, la Mutuelle s'engage à détruire toutes les données personnelles dans le cadre réglementaire susvisé.

Violation des données personnelles.

La Mutuelle tient informé le souscripteur, sans délai, de toute violation des données à caractère personnel après en avoir pris connaissance. Cette information est accompagnée de toute documentation utile.

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 Gabriel – 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.

11.2 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 à 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 – CD 76016 – 79185 Chauray Cedex.

Médiation sur nos engagements d'assurance.

Si l'assuré 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/>