

NOTICE D'INFORMATION
VALANT
CONDITIONS GÉNÉRALES & CONDITIONS PARTICULIÈRES
ASSURANCE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE
POUR LES AGENTS DU
CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA GIRONDE

EFFET DE LA NOTICE D'INFORMATION : 01/01/2025
VERSION FINALISÉE DU 06/09/2024



SOMMAIRE

1	PRÉSENTATION DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIF	3
2	TABLEAU DES GARANTIES ET TARIFS À EFFET DU 01/01/2025.....	5
3	LEXIQUE.....	6
4	ADHÉSIONS DES AGENTS	6
5	COTISATIONS	10
6	GARANTIES.....	13
6.1	GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	13
6.2	GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE.....	16
6.3	GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	18
6.4	GARANTIE PERTE DE RETRAITE	17
6.5	GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE.....	19
7	DISPOSITIFS DE MAINTIEN ET DE RENFORTS DE GARANTIES	22
8	DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES	24
9	PROTECTIONS DE LA CLIENTÈLE.....	27
9.1	TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES	27
10	JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	28
11	COMPTE DE RÉSULTAT ET PILOTAGE	30
12	CONTACTS EN CAS DE RÉCLAMATION ET DE MÉDIATION	30

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 adhésion facultative souscrit par le Centre De Gestion de la FPT de la Gironde 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 » ;
- **Décret n°2022-581 du 20 avril 2022** relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.
- Les statuts de TERRITORIA Mutuelle ;
- Les dispositions du contrat collectif souscrit par le Centre De Gestion de la FPT de la Gironde et à adhésion facultative 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 Gabiel - CS 76016 - 79185 Chauray Cedex.

En application de l'article L.211-5 du code de la Mutualité, APICIL Mutuelle, 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon, 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, APICIL 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. APICIL Mutuelle dispose d'un agrément pour les branches 1, 2, 20 et 21. Si l'agrément d'APICIL 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 (ex : 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 par la Mutuelle dont le détail figure au tableau des garanties de la présente Notice d'Information :

Garanties obligatoires :

- ✓ Incapacité Temporaire de Travail ;
- ✓ Invalidité permanente ;
- ✓ Décès toutes causes et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Garanties complémentaires à adhésion facultative (L'agent peut adhérer à une ou plusieurs garanties)

- Complément Incapacité Temporaire de Travail *RI CLM, CLD et CGM en plein traitement* ;
- Perte de retraite ;
- Complément Décès toutes causes et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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 ET DES TARIFS À EFFET DU 01/01/2025

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

TABLEAU DES GARANTIES			
Votre employeur participe uniquement sur les Garanties minimales obligatoires			
PRESTATIONS	NATURE	PLAFONDS D'INDEMNISATION	TAUX DE COTISATION TTC
GARANTIES MINIMALES OBLIGATOIRES			
<u>INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL</u>	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	90% (TIN+CTIN+NBIN) + 90 RIN* POUR LES PÉRIODES À DEMI-TRAITEMENT	1.43% TIB+CTIB+NBIB+RIB
<u>INVALIDITÉ PERMANENTE</u>	RENTE MENSUELLE	90% TIN + CTIN + NBIN + RIN	0.78% TIB+CTIB+NBIB+RIB
<u>DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA</u>	CAPITAL	25% SAB	0.09% TIB+CTIB+NBIB+RIB
TOTAL			2.30%
GARANTIES COMPLÉMENTAIRES À ADHÉSION FACULTATIVE (aux choix de l'agent)			
COMPLÉMENT DE LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL : MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	90% RIN POUR LES PÉRIODES À PLEIN TRAITEMENT EN CAS DE CMO	NON GARANTI
COMPLÉMENT DE LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL : MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	90% RIN POUR LES PÉRIODES À PLEIN TRAITEMENT EN CAS DE CLM, CLD, CGM	0.24% TIB+CTIB+NBIB+RIB
<u>PERTE DE RETRAITE</u> (uniquement pour les agents affiliés à la CNRACL)	CAPITAL	50% PMSS PAR ANNÉE D'INVALIDITÉ	0.50% TIB+CTIB+NBIB+RIB
<u>COMPLÉMENT DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA</u>	CAPITAL	+ 75% SAB	0.26% TIB+CTIB+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,
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

NBIB : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute,
 NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette,
 RIN : Régime Indemnitaire Net,
 SAB : Salaire Annuel Brut.

CMO : Congé Maladie Ordinaire,
 CLM : Congé Longue Maladie,
 CLD : Congé Longue Durée,
 CGM : Congé Grave Maladie.

***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.

Échéance : 1^{er} janvier.

Employeur : Centre De Gestion de la FPT de la Gironde 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'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 : Centre De Gestion de la FPT de la Gironde.

4 ADHÉSIONS 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 l'Assureur.

Avec le Bulletin d'Adhésion, TERRITORIA 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) demeurant à 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 et effet de l'adhésion

Date d'effet : 01/01/2025

Échéance : 1^{er} janvier

Durée. Six (6) années, soit du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2030 prorogable une (1) année.

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat.

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

Résiliation du contrat.

Toute demande de résiliation du contrat est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le contrat peut être résilié par :

- **Le Souscripteur**, moyennant un préavis de quatre (4) mois avant l'échéance, réduit à deux (2) mois dans le cas d'une proposition de majoration tarifaire par l'Assureur refusée par le Souscripteur ;
- **L'Assureur**, moyennant un préavis de six (6) mois avant l'échéance.

Résiliation de l'adhésion.

Toute demande de résiliation de l'adhésion est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'adhésion peut être résiliée par :

- L'Assuré, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance ;
- L'Employeur, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance.

Modalités d'adhésion des employeurs.

Les Employeurs peuvent adhérer au présent contrat aux conditions suivantes :

- Les Employeurs peuvent adhérer à tout moment pendant la durée de validité du présent contrat dès lors que les caractéristiques quantitatives et qualitatives de leur population à assurer (fichiers statistiques complétés par leurs soins) ont été jointes au dossier de consultation des entreprises (DCE) ;
- À défaut, les Employeurs devront communiquer à l'Assureur, par l'intermédiaire du CDG, ces données sur la base d'un fichier statistique. Après étude, l'Assureur adresse au CDG les taux de cotisation applicables aux garanties qui sont :
 - Soit identiques aux taux de cotisation mutualisés du présent contrat,
 - Soit d'un niveau supérieur si les données statistiques ne permettent pas le maintien par l'Assureur des taux de cotisation mutualisés sans impact futur sur le résultat technique du présent contrat.

Modalités d'adhésion des agents.

Bénéficiaires des garanties :

Les bénéficiaires des garanties sont :

- Les agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet, y compris :
 - Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
 - Les agents détachés,
 - Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. A défaut de convention, ces agents ont bien la qualité de bénéficiaires,
- Les ayants-droits des agents au titre du bénéfice de la garantie décès, désignés par l'agent adhérent, au bulletin d'adhésion ou en l'absence de désignation dans le bulletin d'adhésion, définis au contrat collectif d'assurance (conjoint ou concubin ou personne liée par un pacte civil de solidarité et enfants).

Caractère collectif et facultatif du contrat :

Caractère collectif du contrat : Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur sont bénéficiaires des garanties sans exception ni réserve, ni condition d'ancienneté.

Caractère facultatif du contrat : Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur peuvent adhérer au régime.

Adhésion des agents :

Les agents dans l'effectif des Employeurs peuvent adhérer au présent contrat aux conditions précisées ci-dessous.

Demande et date d'effet de l'adhésion.

Les conditions d'adhésion sont les suivantes :

- **L'agent en bon état de santé, caractérisé par l'exercice d'une activité normale de service, peut adhérer à compter de la prise d'effet du contrat collectif :**
 - 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 ci-dessous.
- **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 dans la continuité de son ancien contrat, 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 ;
 - Ou

- 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 ci-dessous 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 ci-dessous.
- **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 ci-dessous.

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 et perte de retraite faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai, n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement. Les rechutes des Congés de Longue Maladie, de Longue Durée ou de Grave Maladie survenus au cours du délai de stage, n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent contrat.

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

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

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 de 6 mois 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

Assiette de cotisations des agents en activité

- **Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :**
 - Du traitement indiciaire (**TI**), y compris le complément de traitement Indiciaire (**CTI**) et l'indemnité compensatrice de la CSG,
 - De la nouvelle bonification indiciaire (**NBI**),
 - Du Régime Indemnitaire (**RI**), **à l'exception des primes et indemnités suivantes :**
 - Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
 - Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
 - Les avantages en nature,
 - Les indemnités d'enseignement ou de jury et autres indemnités non directement liées à l'emploi,
 - La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir, notamment le Complément Indemnitaire Annuel (CIA),
 - Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
 - La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.
- **Pour les agents contractuels de droit privé :**
 - Du revenu brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité Sociale et des prélèvements sociaux.

Le principe de base : la cotisation est due quoi qu'il arrive et quel que soit le contrat concerné. Notre engagement d'assurance a comme contrepartie la cotisation. Même si une partie du salaire est supprimée (primes ou autre), notre engagement reste le même. Donc la cotisation reste entière, tout comme notre engagement reste entier.

Base des cotisations.

La cotisation est fixée en pourcentage de l'assiette.

L'évolution exceptionnelle des cotisations 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⁽¹⁾ ;
- Variation du nombre d'agents adhérents ;
- Évolutions démographiques ;
- Modifications de la réglementation.

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.

Les cotisations sont maintenues la première année de la convention. En tout état de cause, le montant de la revalorisation annuelle de la cotisation au-delà d'un P/C > 130% sera plafonnée à 15%. Elles peuvent être revues les années qui suivent en fonction du ratio P/C (rapport entre les prestations, frais de gestion et provisions⁽²⁾ sur les cotisations) constaté selon le tableau suivant :

PÉRIODES	RATIO P/C	TAUX DE MAJORATION
Année 1	/	0%
Année 2	/	3%
Année 3	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	10%
	P/C < 120%	15%
	P/C < 130%	15%
	P/C > 130%	15%
Le P/C (ratio prestations / cotisations hors taxes) s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

⁽¹⁾ L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par TERRITORIA Mutuelle par garantie sur la base :

- D'au moins deux exercices consécutifs et par cumul des exercices ;
- 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.

(2) Modalités de calcul des provisions :

Les provisions techniques correspondent aux charges à prévoir pour faire face aux paiements futurs des sinistres survenus durant la période.

Elles se décomposent en trois types de provisions :

- Les Provisions pour Sinistre A Payer (PSAP)
Elles correspondent aux charges à prévoir pour faire face au paiement des prestations pouvant être payées jusqu'à la date d'inventaire pour les arrêts en cours connus.
Exemple : Les prestations dues pour le mois de décembre et non réglées à la date d'inventaire ;
- Les Provisions Mathématiques (PM)
Elles correspondent aux charges à prévoir pour faire face au paiement des prestations après la date d'inventaire pour les arrêts en cours connus compte tenu des probabilités de durée des sinistres.
Exemple : Les prestations incapacités payées après la date d'inventaire pour un arrêt en cours, mais également les prestations futures dans le cas d'une mise en retraite pour invalidité ;
- Les provisions pour tardifs, aussi appelées IBNR (Incurred But Not Reported)
Elles correspondent aux charges à prévoir pour les arrêts qui sont en cours mais dont nous n'avons pas connaissance.
Exemple : Un sinistre pas encore déclaré à TERRITORIA Mutuelle.

La méthode de calcul des provisions techniques suit la réglementation en vigueur pour le risque prévoyance.

Elle est réalisée à l'aide de tables de probabilités construites par TERRITORIA Mutuelle d'après l'expérience de son portefeuille. Ces tables ont été certifiées en 2020 et les provisions prennent en compte les spécificités du risque prévoyance complémentaire des agents de la fonction publique territoriale.

L'ensemble des calculs actuariels est audité et validé par nos commissaires aux comptes lors de la clôture annuelle

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.

Mode de paiement des cotisations.

Le paiement des cotisations est effectué par l'employeur par 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.

La périodicité des paiements de la cotisation 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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).

<p>Fonctionnaires IRCANTEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) ; ▪ Temps partiel pour motif thérapeutique.
<p>Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 motif thérapeutique.
<p>Contractuels de droit privé IRCANTEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrêt de travail pour maladie et accident ; ▪ Accident du travail et maladie professionnelle ; ▪ Temps partiel pour motif thérapeutique.

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 :

<p>Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'État</p>	<p>Revenu 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.</p>
<p>Fonctionnaires IRCANTEC</p>	<p>Revenu 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.</p>

<p>Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux</p>	<p>Revenu 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.</p> <p>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.</p>
<p>Contractuels de droit privé IRCANTEC</p>	<p>Revenu net, que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.</p>

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 et détachés de l'Etat	Période de plein traitement selon les congés de maladie.	<p>1 095 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES versées par la Mutuelle.</p>
Fonctionnaires IRCANTEC	Période de plein traitement selon les congés de maladie.	
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux	30 jours.	
Contractuels de droit privé IRCANTEC	30 jours.	

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 indemnités journalières, 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 l'Assureur d'une rente mensuelle aux Assurés qui :

- Pour les Assurés affiliés à la CNRACL ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat, sont mis à la retraite pour invalidité,
- Pour les autres Assurés justifient :
 - En cas d'accident de la vie privée ou de maladie : 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 L.341-4 du code de la Sécurité sociale
 - En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle : d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % au sens de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

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	Revenu net 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	Revenu 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	Revenu 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	Revenu 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 ;
- 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.

Revalorisation.

Le montant de la rente est réévalué au 1^{er} juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois et selon le taux défini par l'organisme complémentaire.

6.3 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 selon le montant indiqué au tableau des garanties.

6.4 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 survenue 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 ;
- 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 reconnu :
 - Être dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer un gain ou un profit, au sens de la réglementation de la Sécurité sociale,
 - 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 L.341-4 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,
 - 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).

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré libère la Mutuelle du versement du capital en cas de décès.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de l'Assureur ou de tout autre tiers au contrat.

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.

6.5 GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE

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

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 modifiée**, la Mutuelle prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du présent contrat collectif ou à l'adhésion à celui-ci du salarié, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

La Mutuelle doit les garanties du présent contrat à l'assuré selon les situations antérieures de celui-ci à la date d'effet de son 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 l'Assureur ;
- **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 l'Assureur 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.

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-droits éventuels dans deux cas :

- **Cas 1 : application des dispositions de l'article L.5111-7 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

Le maintien des garanties au bénéfice des agents dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu est prévu pour les deux situations suivantes :

La période de suspension donne lieu à une indemnisation :

- Lorsque l'activité est suspendue qu'elle qu'en soit la cause (notamment lors de la survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou en cas d'activité partielle ou d'un congé d'adoption) et que les agents concernés sont indemnisés pendant cette période, le maintien des garanties de prévoyance reste acquis. L'indemnisation est définie comme le cas où l'agent bénéficie soit d'un maintien de la rémunération, total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, le bénéfice de l'ensemble des garanties est maintenu pour les agents et, le cas échéant, pour leurs ayants droit ;
- La contribution de l'employeur est maintenue pendant toute la période de suspension.

La période de suspension ne donne pas lieu à une indemnisation :

- Sont visés les agents absents en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident ou pour des raisons autres que médicales (exemple : congé de proche aidant, congé de présence parental) dont l'activité est suspendue sans aucune rémunération ou indemnisation ;
- Pour ces situations, l'Employeur doit déterminer :
 - L'absence de maintien des garanties et de la contribution employeur ;
 - Ou le maintien des garanties et de la contribution de l'employeur. Si cette option est retenue, la rémunération mensuelle à prendre en compte est égale au montant moyen des rémunérations perçues au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la période de congé.

Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du présent 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 ;**
- ! **Des 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, après information préalable de l'employeur et pour les seuls arrêts attribués après avis du conseil médical ou médecin agréé lorsque l'avis du conseil médical n'est plus requis ou après avis du médecin conseil 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.

Le montant de l'indemnité journalière de la garantie incapacité temporaire de travail est réévalué selon l'évolution du point d'indice majoré de l'agent.

Le montant de la rente de la garantie invalidité est réévalué au 1^{er} juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois, et selon le taux défini par la Mutuelle.

Les nouveaux montants 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 :

- 5% des indemnités journalières à verser pour un retard compris entre 11 et 20 jours ;
- 10% des indemnités journalières à verser pour un retard compris entre 21 et 25 jours ;
- 15% des indemnités journalières à verser pour un retard égal ou supérieur à 26 jours.

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

9 PROTECTIONS DE LA CLIENTÈLE

9.1 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 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 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) www.cnil.fr 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

10 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 ;
- La copie de l'arrêté de l'employeur relatif au congé de maladie ;
- 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'Épargne (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'Épargne (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 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.

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.

11 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 :
 - Le montant des cotisations brutes de réassurance ;
 - Le montant des prestations payées, brutes de réassurance ;
 - Le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré ;
 - 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.

12 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 – CS 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/>