



**TERRITORIA**  
mutuelle

■ GROUPE APICIL

## CONTRAT COLLECTIF PREVOYANCE

### Maintien de salaire

**Nacopé**  
Bien plus qu'un CDG

**33**  
CENTRE DE GESTION

## PRÉSENTATION TERRITORIA MUTUELLE

### ÉLÉMENTS CLEFS DE LA GARANTIE MAINTIEN DE RÉMUNÉRATION

### VOTRE OFFRE PREVOYANCE

### LES CONDITIONS D'ADHÉSION

### L'ASSISTANCE

### COMMENT ADHÉRER ?

### LA VIE DU CONTRAT

**Nacopé**  
Bien plus qu'un CDG

**33**  
CENTRE DE GESTION

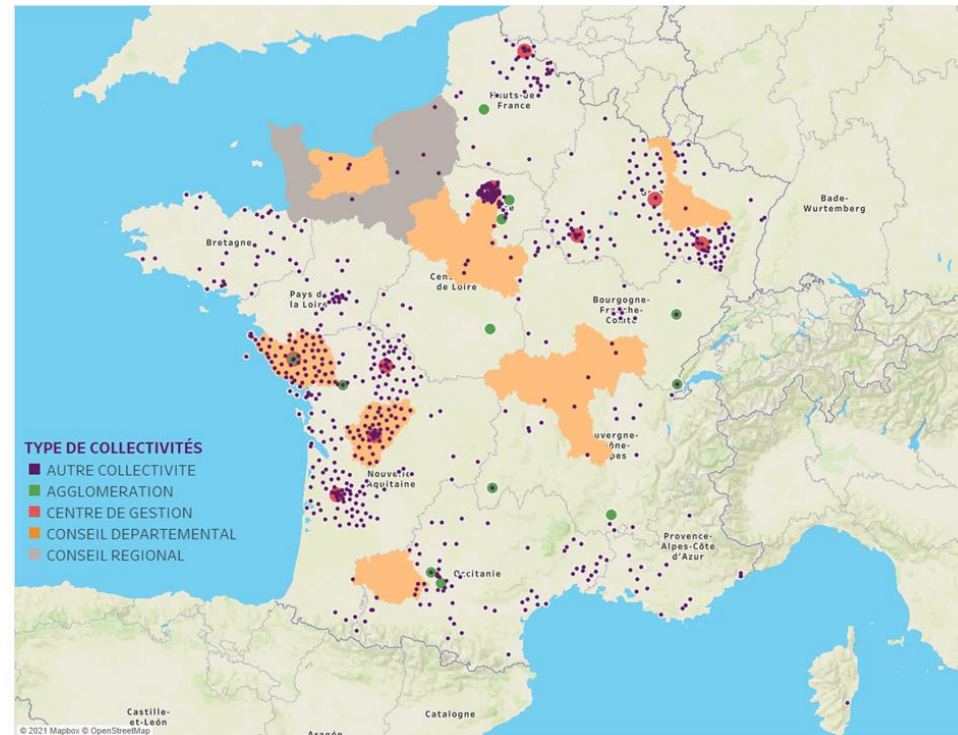
# PRESENTATION TERRITORIA MUTUELLE

Une  
mutuelle à  
**TAILLE  
HUMAINE**

**150 000**  
**PERSONNES**  
protégées

**2000**  
**COLLECTIVITES**  
adhérentes

Une  
présence  
nationale



# CONVENTION DE PARTICIPATION PRÉVOYANCE

## Convention

Votre CDG 33 et  
TERRITORIA  
Mutuelle

Votre CDG 33 et  
les collectivités ou  
établissements  
publics

Durée de la  
convention :  
6 ans, à compter  
du 01/01/2025

## Adhésion individuelle facultative

Contrat entre  
l'agent et  
TERRITORIA  
Mutuelle

Durée du contrat  
individuel: 1 an  
renouvelable pour  
la durée de la  
convention

# ÉLÉMENTS CLEFS DE LA GARANTIE MAINTIEN DE RÉMUNÉRATION



- Maintenir un équilibre budgétaire au travers d'un tarif négocié et maintenu sur **la 1ère année, et de 3% pour les 2 autres années.**
- Un taux de cotisation unique pour tous les agents **sans notion d'âge.**
- Adhésion **sans délai de stage ni questionnaire de santé** dans les 6 premiers mois suivant la signature de la convention et dans les 6 mois suivant l'embauche.
- Une cotisation prélevée directement sur votre salaire et **évoluant en fonction** de votre situation réelle.
- Une **participation financière de l'employeur** à déduire de votre cotisation individuelle, si vous adhérez au contrat collectif.
- La garantie assistance à domicile **incluse.**

## RAPPELS SUR LE STATUT

→ Après 3 mois d'arrêt en maladie ordinaire, les agents territoriaux perdent 50% de leur traitement;

→ 40 % des agents territoriaux ne sont pas couverts par méconnaissance de leur régime de prévoyance;

La garantie vient compenser la perte de revenu des agents en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident subi dans le cadre de la vie privée.

Pour les agents contractuels les délais sont différents, fonction de l'ancienneté dans la collectivité et du temps de travail / trimestre.



# LES DROITS A CONGÉS

## AGENTS TITULAIRES RELEVANT DU RÉGIME SPÉCIAL CNRACL\*

(>28 heures de travail hebdomadaire)

NB- Prise en compte des arrêts continus et discontinus sur une année glissante

Nature du congé	Durée maximale	Obligations statutaires de l'employeur		TERRITORIA MUTUELLE vous verse
<b>Maladie ordinaire</b> (grippe, angine, fracture...)	1 an	100% de votre revenu pendant 3 mois	50% de votre revenu pendant 9 mois	Complément de votre revenu net pendant 9 mois
<b>Longue maladie</b> (maladie à caractère grave et invalidante avec soins prolongés)	3 ans	100% de votre revenu pendant 1 an	50% de votre revenu pendant 2 ans	Complément de votre revenu net pendant 2 ans
<b>Maladie de longue durée</b> (tuberculose, cancer, poliomyélite, ...)	5 ans	100% de votre revenu pendant 3 ans	50% de votre revenu pendant 2 ans	Complément de votre revenu net pendant 2 ans

\* Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales

<https://www.cnracl.retraites.fr/>

# LES DROITS A CONGES

## AGENTS TITULAIRES RELEVANT DU REGIME GÉNÉRAL ET DE LA RETRAITE COMPLÉMENTAIRE IRCANTEC \*

(<28 heures de travail hebdomadaire)

**NB- Prise en compte des arrêts continus et discontinus sur une année glissante**

Nature du congé	Durée maximale	Obligations statutaires de l'employeur		TERRITORIA MUTUELLE vous verse
<b>Maladie ordinaire</b> (grippe, angine, fracture...)	1 an	100% de votre revenu pendant 3 mois	50% de votre revenu pendant 9 mois	Complément de votre revenu net pendant 9 mois
<b>Grave maladie</b> (maladie à caractère grave et invalidante avec soins prolongés)	3 ans	100% de votre revenu pendant 1 an	50% de votre revenu pendant 2 ans	Complément de votre revenu net pendant 2 ans

\* **I**nstitution de **R**etraite **C**omplémentaire des **A**gents **N**on **T**itulaires de l'**E**tat et des **C**ollectivités publiques

<https://baseircantec.retraites.fr/>



# LES DROITS A CONGES

## AGENTS CONTRACTUELS RELEVANT DU REGIME GÉNÉRAL ET DE LA RETRAITE COMPLÉMENTAIRE IRCANTEC

(contrats de droit public \*)

NB- Prise en compte des arrêts continus et discontinus sur une année glissante

Nature du congé	Durée maximale	Obligations statutaires de l'employeur			TERRITORIA MUTUELLE vous verse
		Ancienneté	100% de salaire	50% de salaire	
<b>Maladie ordinaire</b> (grippe, angine, fracture...)	Selon l'ancienneté et les heures travaillées / trimestre	< 4 mois	Néant	Néant	Aucune indemnisation
		4 mois à 2 ans	1 mois	1 mois	Complément de votre salaire net pendant la durée du demi-traitement
		2 ans à 3 ans	2 mois	2 mois	
		> 3 ans	3 mois	3 mois	
<b>Grave maladie</b> (maladie à caractère grave et invalidante avec soins prolongés)	3 ans	Après 3 ans d'ancienneté	1 an	2 ans	Complément de votre salaire net pendant 2 ans

Pour les agents de droit privé, le contrat d'assurance a pour objet de garantir la prise en charge d'une partie de la perte de traitement en complément des droits à congés maladie versés par la sécurité sociale dans la limite du niveau de couverture retenu par l'employeur.

# AGENTS EN CLM (congé longue maladie) OU CLD (congé longue durée)



## Déclarer à TERRITORIA le placement en CLM ou CLD

Quand bien même l'intégralité du traitement est maintenu par l'employeur (soit la 1<sup>ère</sup> année – CLM - , soit les 3 premières années - CLD), le Régime Indemnitaire ne l'est pas...!

# GARANTIES OBLIGATOIRES RETENUES

## Garantie Incapacité «Maintien de salaire»

En cas de passage à **demi-traitement** à la suite d'une maladie ou d'accident de la vie privée, TERRITORIA Mutuelle complète votre traitement indiciaire net (TIN)+ nouvelle bonification indiciaire nette (NBIN)+ RI net (RIN) à hauteur de **90 %** en cas de maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé longue durée et congé grave maladie

## Garantie Invalidité PERMANENTE

En cas d'inaptitude à toutes fonctions et d'impossibilité à exercer votre activité, TERRITORIA Mutuelle complète, jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite, votre pension d'invalidité par une rente à hauteur de **90%** de votre [TIN + NBIN+ RIN]

## Garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de décès, TERRITORIA Mutuelle verse aux bénéficiaires (ayant-droit(s) ou autre(s) bénéficiaire(s) à préciser sur le contrat) ou à l'adhérent (en cas de PTIA), un capital égal à **25%** du [TIN + NBIN+ RIN], calculé sur les 12 derniers mois de service.

# GARANTIES OPTIONNELLES AU CHOIX DE L'AGENT

## Garantie Perte de Retraite \*

En cas d'invalidité, vous ne cotisez plus pour votre retraite. A partir de votre date de mise en retraite TERRITORIA Mutuelle vous versera un capital à hauteur de **50%** du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

[Art. L241-3 du Code de la Sécurité Sociale, valeur au 01/01/2024 = 3 824€]

## Régime Indemnitaire plein traitement

En cas d'arrêt maladie à plein traitement à la suite d'un congé longue maladie, congé longue durée et un congé de grave maladie, TERRITORIA Mutuelle complète **90%** de votre RIN.

## Garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de décès, TERRITORIA Mutuelle verse aux bénéficiaires (ayant-droit(s) ou autre(s) bénéficiaire(s) à préciser sur le contrat) ou à l'adhérent (en cas de PTIA), un capital égal à 75% du [TIN + NBIN+ RIN], calculé sur les 12 derniers mois de service.

\*hors agent Ircantec

# PRINCIPE DE CALCUL DU PAIEMENT DES GARANTIES ET DE LA COTISATION

## CALCUL DES GARANTIES

En correspondance aux garanties souscrites, **les paiements dues** sont calculées sur la base des composantes de la **rémunération NETTE** : TIN, NBIN, RIN (et, si concerné, CTIN)

## CALCUL DE LA COTISATION

En correspondance aux garanties souscrites, **les cotisations dues** sont calculées sur la base des composantes de la **rémunération BRUTE** : TIB, NBIB, RIB (et, si concerné, CTIB)

# TABLEAU DES GARANTIES ET DES TAUX DE COTISATION

TABLEAU DES GARANTIES			
Votre employeur participe uniquement sur les Garanties minimales obligatoires			
PRESTATIONS	NATURE	PLAFONDS D'INDEMNISATION	TAUX DE COTISATION TTC
<b>GARANTIES MINIMALES OBLIGATOIRES</b>			
<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 &amp; PTIA</u>	CAPITAL	25% SAB	0.09% TIB+CTIB+NBIB+RIB
<b>TOTAL</b>			<b>2.30%</b>
<b>GARANTIES COMPLÉMENTAIRES À ADHÉSION FACULTATIVE (aux choix de l'agent)</b>			
COMPLÈMENT 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	<b>NON GARANTI</b>
COMPLÈMENT 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
COMPLÈMENT <u>DÉCÈS TOUTES CAUSES &amp; PTIA</u>	CAPITAL	+ 75% SAB	0.26% TIB+CTIB+NBIB+RIB

TIN : Traitement Indiciaire Net, y compris indemnité compensatrice de la CSG

NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette

CTIN : Complément Traitement Indiciaire Nette

RIN : Régime Indemnitaires Net

PMSS : Plafond mensuel Sécurité Sociale

# COMMENT CALCULER LE MONTANT DE MA COTISATION ?

- 1 / Je définis mon « assiette » de cotisation : j'additionne TBI + NBI + RI [hors indemnité de résidence et supplément familial de traitement (SFT)]
- 2 / Je choisis ma « couverture » en additionnant les différents taux
- 3 / J'applique le taux de cotisation à l'assiette de cotisation

LIBELLÉ	BASE ou NOMBRE	TAUX	MONTANT	COTISATIONS PATRONALES	
				TAUX	MONTANT
Traitement de base indiciaire	1 710.39	30	1 710.39		
Indemnité de Résidence Tit.	1 710.39	1	17.10		
IFSE Tit.	627.33	100	627.33		
Indemnité Compens. CSG Tit	44.67	100	44.67		
Participation empl prévoy. Tit			10.00		
Transfert primes/points Tit.			-13.92		
CSG Non déductible Titulaire	2 353.82	2.4	-56.49		
CSG Déductible Titulaire	2 353.82	6.8	-160.06		
CRDS Non déductible Titulaire	2 353.82	0.5	-11.77		
Urssaf Maladie Titulaire	1 710.39			9.88	168.99
Urssaf Allocation Familial Tit	1 710.39			5.25	89.80
Urssaf FNALtotalité Titulaire	1 710.39			0.50	8.55
Urssaf Mobilité Titulaire	1 710.39			2.00	34.21
Urssaf solid.autonomiePP Tit.	1 710.39			0.30	5.13
Retraite CNRACL Titulaire	1 710.39	11.1	-189.85		
C.N.R.A.C.L retraite	1 710.39			30.65	524.23

**1 / Assiette de cotisation TIB + NBI + RI**  
 $1710,39 + 627,33 + 44,67 : 2382,39 \text{ €}$

**2/ Ma couverture :** Garantie de base

**3/ Taux de cotisation 2,30%**  
 $2382,39 * 2,30\% : 54,79\text{€}$

(hors participation de votre employeur)

## CONDITIONS D'ADHESION (1/3)

### ADHÉSION POUR LES AGENTS EN ACTIVITÉ NORMALE DE SERVICE

Dans les 6 mois **sans formalité médicale** et **sans délai de stage** suivant la prise d'effet du contrat

Ou

**Dans les 15 mois** si l'agent est actuellement en contrat prévoyance individuel auprès d'un autre prestataire et que l'adhésion intervient dans la continuité du précédent contrat

**Au-delà de ces délais une période de stage de six mois sera appliquée SAUF pour la garantie Décès/PTIA**



## CONDITIONS ADHESION (2/3)

### ADHÉSION DES AGENTS EN ARRÊT DE TRAVAIL (MALADIE OU CONGÉ MALADIE « FRACTIONNÉ »)

Dans les 6 mois suivant la date de prise d'effet du contrat.

- Soit après une reprise effective de 30 jours continus de travail, avec signature d'une attestation sur l'honneur.
- Soit sans délai, si l'agent peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes.

### ADHÉSION POUR LES AGENTS EN TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Dans les 6 mois suivant la date de prise d'effet du contrat (soit le 30/06/2025)

- Les conséquences de la maladie en cours à la souscription ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.

**AU-DELÀ DE CE DÉLAI DE 6 MOIS, ET APRÈS UNE REPRISE DE L'ACTIVITÉ DE 30 JOURS, UNE PÉRIODE DE STAGE DE SIX MOIS SERA APPLIQUÉE**

# CONDITIONS ADHESION (3/3)

## Pour les agents :

- nouvellement embauchés
- en congé parental
- en congé sans solde
- en congé de solidarité familiale
- en disponibilité pour des raisons autres que médicales

L'adhésion prendra effet au terme de ces périodes.

**Dans les 6 mois sans formalité médicale et sans délai de stage**

**Au-delà de ce délai une période de stage de six mois sera appliquée.**

# L'ASSISTANCE

Notre contrat maintien de traitement comprend la garantie assistance dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail de l'adhérent :

Des exemples :

**En cas d'arrêt de travail suite à un accident, d'un décès d'un membre de votre famille, de troubles anxiodépressifs ...**

**En cas d'immobilisation à domicile pendant plus de 5 jours suite à une maladie ou un accident corporel**

**Assistance psychologique par téléphone 24h/24 et 7j/7**

**Garde d'enfants**

**Livraison de médicaments**

**Portage d'espèces, de repas**

**Livraison de courses**

# LES REMBOURSEMENTS : EXEMPLE

Jeanne est agent administratif et vit avec 2 enfants.

Elle perçoit chaque mois un **traitement indiciaire net** de 1420€ et 100€ de régime indemnitaire \*

Hospitalisée, suite à une mauvaise chute à son domicile, Jeanne a été en arrêt de travail pendant **8 mois**.

Pendant les  
3 premiers  
mois

L'employeur verse  
**100%** de la  
rémunération nette  
soit :  
**1520€**

Puis  
pendant  
5 mois

L'employeur lui verse **50%** de sa  
rémunération, soit 760 € (710€ +  
50€)

TNI :  $1420 / 2 = 710 \text{ €}$

RI :  $100 / 2 = 50 \text{ €}$

La perte chaque mois est de **760€**.

Soit au total **3800€ de perte de rémunération**  
pendant les 5 mois d'arrêt

\* (soit un TBI + RIB de 1850€)

## LES REMBOURSEMENTS : EXEMPLE

TERRITORIA MUTUELLE vient compléter le revenu de Jeanne pendant 5 mois, à hauteur de la garantie souscrite.

Avec la garantie maintien de salaire et l'option 90% du régime indemnitaire		
Du 4 <sup>ème</sup> mois au 8 <sup>ème</sup> mois	50% de sa rémunération (réglé par l'employeur) (=A)	760€ (= 710€ + 50€)
	40% de sa rémunération (réglé par TERRITORIA) (=B)	608€ (= 568€ + 40€) 568 = 1420 x 40% 40 = 100 x 40%
	TOTAL = <b>90% du [TIN + RIN]</b>	(A) + (B) = <b>1368€</b>
Avec l'assistance à domicile, TERRITORIA organise et prend en charge la garde à domicile de ses enfants (nb : Jeanne est mère célibataire)		

*Rappel : Jeanne cotise chaque mois 47€ (= 2,54% \* 1850€) dont 7€ pris en charge par sa collectivité, donc 40 € à la charge de Jeanne (47 € - 7 €)*

## LES REMBOURSEMENTS : SUITE

A la suite de cette mauvaise chute, Jeanne, **âgée de 45 ans**, a des difficultés pour se déplacer et est en arrêt maladie. Son état de santé ne s'améliore pas. Au terme de ses droits à maladie ordinaire (12 mois), saisi par sa collectivité, **le conseil médical en formation restreinte** donne un avis **d'inaptitude définitive à l'exercice de ses fonctions**. Une PPR (Période Préparatoire au Reclassement) lui est proposée que Jeanne refuse.

Jeanne **ne peut donc être reclassée** dans un emploi compatible avec son état de santé et le **conseil médical en formation plénière** donne un avis favorable à la mise à la retraite pour invalidité non imputable au service.

La **CNRA** reçoit son dossier de pension d'invalidité et donne un avis favorable pour la mise **en retraite pour invalidité**. La **collectivité** prend un arrêté de radiation des cadres pour admission à la retraite.

**Sa caisse de retraite** lui verse une rente d'invalidité de **40% de son salaire net soit 568€ par mois** de son traitement indiciaire net (= 1420€).

**Jeanne a une perte de revenus de 952€ par mois**  
(= 1520€ - 568€)

## LES REMBOURSEMENTS : FIN

En complément de la pension de retraite, grâce à la **garantie Invalidité**, Jeanne percevra une rente mensuelle de la part de TERRITORIA MUTUELLE

Avec la garantie invalidité permanente		
De 45 ans à 64 ans  (soit pendant 19 ans)	90% de sa rémunération nette, TNI + RI (réglé par TERRITORIA)	<b>800€</b> (= 710€ + 90€)  710 € = 1420x90% = 1278-568 90 € = 100x90%
	Au TOTAL	<b>182 400€</b> (hors revalorisation du point d'indice)
	Avec l'assistance à domicile, TERRITORIA organise et prend en charge l'aide d'un ergothérapeute pour l'aménagement du domicile	

# COMMENT ADHÉRER ? Pour la collectivité :

## Pour valider votre rattachement à TERRITORIA Mutuelle :

- **Le bulletin adhésion collectivité**
- La délibération précisant le fonctionnement de la prise en charge du régime indemnitaire et la participation
- La délibération de rattachement à la convention du CDG 33

 **TERRITORIA mutuelle**  
GROUPE APICIL

**CONVENTION D'ADHÉSION COLLECTIVITÉ**  
CONTRAT COLLECTIF PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

### INFORMATIONS EMPLOYEUR

N° SIRET\* :  Effectif\* :

Département de rattachement\* :

Raison sociale\* :

Statut\* :  CENTRE DE GESTION  CCAS  COMMUNE  COMMUNAUTÉ DE COMMUNES  COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION  
 CONSEIL RÉGIONAL  COS  EHPAD  SDIS DÉPARTEMENTAL  AUTRE

Adresse\* :

Complément d'adresse :

Code Postal\* :  Ville\* :

### REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA COLLECTIVITÉ

Civilité\* :  Nom\* :  Prénom\* :

Date de naissance\* :  Lieu de naissance\* :

Fonction :

Téléphone\* :  Email\* :

### SIGNATAIRE DU PRÉSENT DOCUMENT (si différent du représentant légal de la collectivité)

Civilité :  Nom :  Prénom :

Fonction :

Téléphone :  Email :

### ADHÉSION

Date de prise d'effet souhaitée\* : 01/  /  /  mm/aaaa

Suite à la délibération du  /  /  , je soussigné(e),

en qualité de  , adhère à la Convention de Participation Prévoyance souscrite par le CDG 33 auprès de Territoria Mutuelle.

Existence d'un précédent contrat collectif prévoyance :  OUI  NON

### CHOIX DES GARANTIES

Choix de la formule :

GARANTIES OBLIGATOIRES : INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE À 90%

GARANTIES ET RENFORTS OPTIONNELS (au choix des agents) :

COMPLÉMENT DE LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL À 90% DU RIN  
COMPLÉMENT DE LA Perte DE RETRAITE À 50% DU PMSS  
COMPLÉMENT DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA À 75% du SAB

### SIGNATURE

La collectivité reconnaît avoir pris connaissance de la Convention de Participation en Prévoyance Complémentaire, et des pièces contractuelles afférentes.  
La collectivité s'engage à permettre à Territoria Mutuelle de promouvoir le dispositif auprès des agents et à fournir les informations nécessaires à la gestion de la Convention de Participation.

FAIT À  , LE

SIGNATURE de la personne habilitée à engager la collectivité :

\* Ces champs sont obligatoires

1 LISTE DES DOCUMENT À RETOURNER À [ANGOULEME@TERRITORIA-MUTUELLE.FR](mailto:ANGOULEME@TERRITORIA-MUTUELLE.FR)

- Ce bulletin complété, signé,
- La délibération de rattachement à la convention du CDG33,
- La délibération précisant le fonctionnement de la prise en charge du régime indemnitaire,
- La délibération visant à fixer le montant de participation alloué par la collectivité.

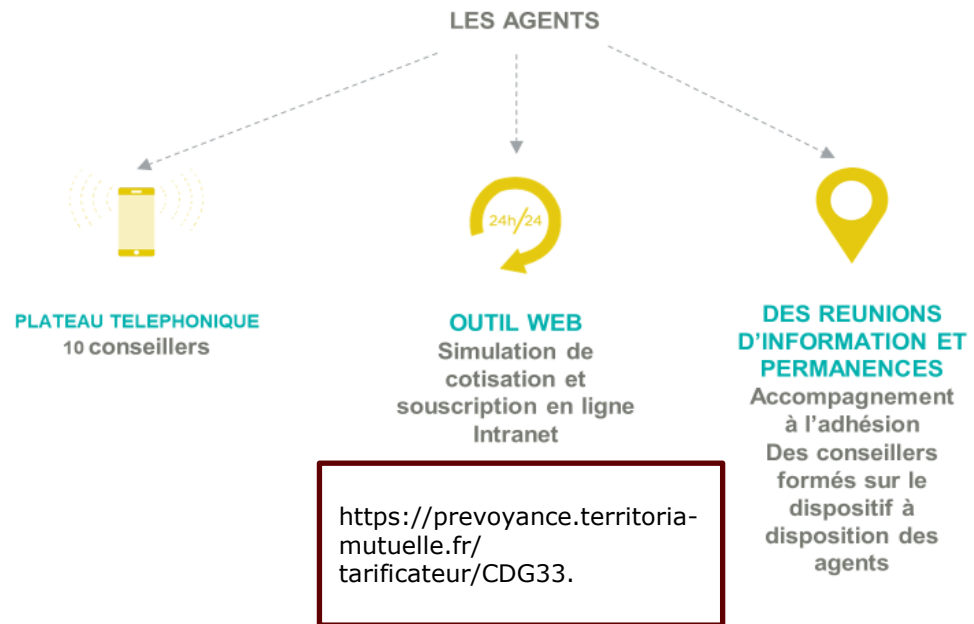
\*Les délibérations peuvent être transmises ultérieurement

Nous contacter  
**05 49 33 76 51**



# L'ACCOMPAGNEMENT:

## La communication auprès de vos agents



# COMMENT ADHÉRER ? Pour l'agent :

- Possibilité de faire votre simulation et votre demande d'adhésion en ligne

<https://prevoyance.territoria-mutuelle.fr/tarificateur/CDG33>

- Pour un conseil personnalisé : contactez votre conseiller spécialiste de la protection sociale

**05.49.33.76.51**

ou

[demain@territoria-mutuelle.fr](mailto:demain@territoria-mutuelle.fr)

## Puis

**Retournez votre dossier d'adhésion par voie postale :**

en utilisant l'enveloppe T préaffranchie disponible dans votre Kit adhésion

Munissez vous d'un bulletin de salaire

**TERRITORIA mutuelle**  
GROUPE APICIL

BIENVENUE AUX AGENTS DU

**LE SAVIEZ-VOUS ?**

Après 3 mois d'arrêt de travail, vous perdez 50% de votre salaire en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

En savoir plus

**ADHÉREZ EN 3 ÉTAPES**  
AU CONTRAT COLLECTIF MAINTIEN DE SALAIRE

- 1 RENSEIGNEZ VOTRE SITUATION
- 2 SIMULEZ VOTRE COTISATION
- 3 FINALISEZ VOTRE ADHÉSION

C'est parti !

# Kit adhésion



N° du contrat : G-PRÉVOIS-10000  
 Souscripteur : NACOPPE\_CDG 33  
 Employeur :  
 Date d'effet : 01/01/2025  
 Code apporteur : A003-04  
 Type de contrat : AG

## BULLETIN DE DEMANDE D'ADHÉSION CONTRAT COLLECTIF PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE



Nouvelle adhésion  Modification du contrat  Date d'effet : 01/01/2025  
 Le cas échéant, n° du précédent contrat individuel souscrit auprès de Territoria Mutuelle en cas de demande de transfert sur le présent contrat collectif : \_\_\_\_\_

Informations liées à votre contrat :  
 L'adhésion est valable après accord de la mutuelle et à réception de votre confirmation d'adhésion. Dans certains cas, vous pouvez être soumis à un délai de stage qui s'applique à compter de la date d'effet de l'adhésion, comme indiqué dans la notice d'information. La date d'effet de l'adhésion est toujours le 1er du mois, elle ne peut être antérieure à la date de réception du présent bulletin. En cas d'application d'un délai de stage, la prise d'effet des garanties sera différée de la date d'effet de l'adhésion.  
 Les pathologies clairement diagnostiquées par votre médecin et contractées antérieurement à la prise d'effet de votre adhésion au contrat collectif ne feront l'objet d'aucune prise en charge. Les arrêts de travail faisant suite à ces pathologies ne feront l'objet d'aucune indemnisation au titre des garanties de votre contrat.

### VOS INFORMATIONS

Civilité : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénoms : \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Situation de famille : Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Union libre  Veuf(ve)  Divorcé(e)   
 Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

### VOTRE STATUT

Êtes-vous en arrêt de travail pour maladie ou accident, en maladie fractionnée ou en disponibilité d'office pour raison de santé ?  OUI  NON  
 Êtes-vous en temps partiel thérapeutique ?  OUI  NON  
 Père : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 N° de matricule : \_\_\_\_\_ Collectivité ou établissement : \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans la collectivité ou l'établissement : \_\_\_\_\_ Catégorie :  A  B  C  Assistant(e) familial(e)  
 Vous êtes un agent :  CNRAFL Titulaire  IRCANTEC Titulaire (Carré de travail < 30%)  IRCANTEC Non-titulaire  Autres

### 1 LISTE DES DOCUMENTS À RETOURNER

- Le bulletin d'adhésion, préalablement rempli et signé
- L'imprimé de désignation du ou des bénéficiaires en cas de décès UNIQUEMENT si vous adhérez à la garantie décès-PTA



demain@territoria-mutuelle.fr  
 ou  
 TERRITORIA MUTUELLE  
 54 RUE DE GABRIEL  
 CS 76016  
 79185 CHAURAY CEDEX

Page suivante >

## VOTRE SALAIRE EST COUVERT À 90%

Bénéficiez d'une protection sociale sans démarche de votre part!

## 1 VOS GARANTIES

Vous êtes protégés pour

### MAINTIEN DE SALAIRE

En cas de maladie ou d'accident de la vie journalières à hauteur de 90% de votre traitement indiciaire net et de votre indemnitaire net.

### INVALIDITÉ

Si vous devenez invalide et que vous êtes TERRITORIA MUTUELLE complète, jus pension d'invalidité par une rente à hauteur net, de votre complément de traitement régime indemnitaire net.

### DÉCÈS TOUTES CAUSES (PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE)

Versement d'un capital représentant 25% aux bénéficiaires que vous aurez désigné

### RENFORT RI

En cas de maladie ou d'accident de la vie régime indemnitaire à hauteur de 90% en congés de longue maladie, longue durée

### PERTE DE RETRAITE (UNIQUEMENT POUR LES AGENTS)

Versement d'un capital équivalent à 50% "invalidité" et qui compense la perte de de l'activité par la suite d'invalidité per

### DÉCÈS TOUTES CAUSES (PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE)

Versement d'un capital représentant 75% aux bénéficiaires que vous aurez désigné

PHSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale TBE : traitement brut à \*50% minimum de votre cotisation pris en charge par votre employeur

EN 5 ANS, 1 AGENT SUR 4  
 CONNAÎTRA UN ARRÊT DE TRAVAIL  
 CRÉANT UNE PERTE DE 50% DE SON TRAITEMENT



VOUS PROTÉGEZ  
 LES CITOYENS  
 NOUS PROTÉGEONS  
 VOTRE SALAIRE

### POUR SOUSCRIRE AUX OPTIONS :

- Rendez-vous sur : <https://prevoyance.territoria-mutuelle.fr/tarificateur/CDG33>  
 Simuler votre cotisation et adhérez en ligne!
- Retournez votre demande d'adhésion à :  
 TERRITORIA mutuelle  
 54 rue de Gabriel CS 76016 79185 CHAURAY CEDEX

### ACCOMPAGNEMENT & ÉCOUTE

Nos conseillers sont disponible du lundi au jeudi de 8h30 à 18h et le vendredi de 8h30 à 17h pour répondre à vos interrogations.

05.49.33.76.51  
 demain@territoria-mutuelle.fr



TERRITORIA MUTUELLE | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307  
 Siège social | 54 rue de Gabriel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX  
 05 49 33 76 51 | demain@territoria-mutuelle.fr

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 583  
 Siège social | 51 Boulevard Maréchal Leclerc | 93003 LIGNY  
 Document non contractuel - PREST. Mutuelle validée 2024 (0103) 076 - 012024

## 2 EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

### HECTOR, ADJOINT ADMINISTRATIF

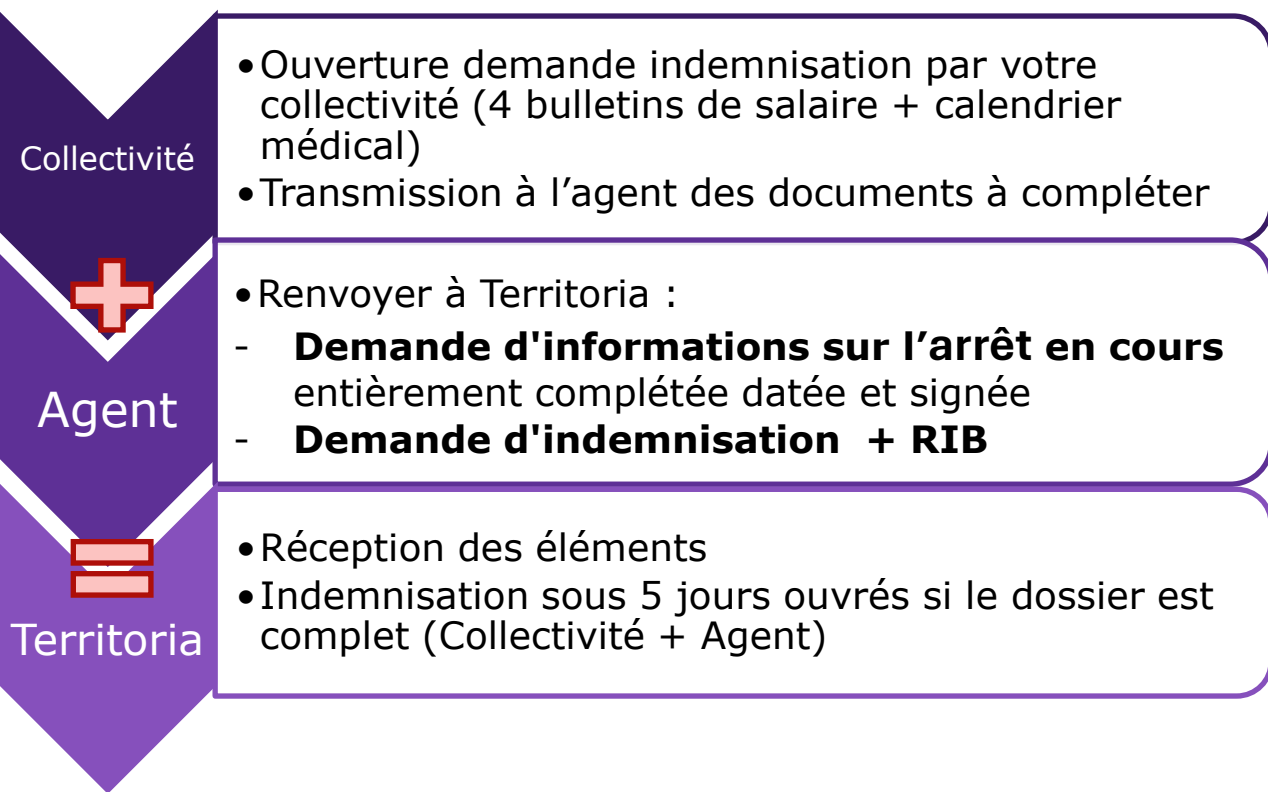
Il perçoit un salaire net de 1 786 € soit un traitement brut : 2 125 € et a souscrit la garantie incapacité à hauteur de 90%. Suite à une mauvaise chute, Hector est en arrêt de travail pendant 8 mois. Dès le 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail, Hector perd 50 % de son salaire, soit 893 € par mois.

### PRÉVOYANCE COLLECTIVE


PROTÉGEZ VOTRE SALAIRE  
 EN CAS D'ACCIDENT  
 DE LA VIE PRIVÉE OU MALADIE



# LA VIE DE MON CONTRAT



• Vous devez transmettre votre demande d'indemnisation dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de la perte de salaire



**TERRITORIA**  
mutuelle  
GROUPE APICIL

**DÉCLARATION D'ARRÊT DE TRAVAIL**  
PIECES À FOURNIR PAR :  
• L'AGENT DANS LE CADRE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL  
• L'EMPLOYEUR DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF

Ouverture : nouvelle demande de versement de prestations dans le cadre d'un arrêt de travail ou d'un temps partiel

Prolongation : prolongation d'un arrêt de travail en cours (sans reprise ni période de congés) ou d'un temps partiel

Modification : changement de la nature de l'arrêt (exemple passage d'un CMO en CLM)

**RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)**

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :  Téléphone :

Email :

Statut de l'agent :  CBMAG Titulaire  Assistant(e) familiale  
 IRCANTEC non-titulaire  IRCANTEC Titulaire  Autre

**RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR**

N° de contrat :

Nom de l'employeur :

Date d'entrée dans la collectivité :

Nom de l'ancien assureur :

Type de contrat :  Collectif  Individuel

Période de couverture : du  au

**ARRÊT DE TRAVAIL**

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) :  /  /

Nature de l'arrêt :  Maladie ordinaire  Congé de longue durée\*\*  
 Congé de longue maladie\*\*  Maladie professionnelle\*\*  Accident du travail\*\*  
 Grève maladie  Disponibilité d'office  Temps partiel

\*\* Jours PV de Congé Maladie      \*\* Jours PV de Congé de Longue Durée

L'agent a-t-il repris le travail ?  OUI, à quelle date 1/  /  /

NON

Dossier complété par :

Email du contact dans la collectivité :

Téléphone fixe :  Portable :

**CACHET EMPLOYEUR**  
De signature de l'agent en cas de contrat individuel

**PIECES À FOURNIR :**

**1 OUVERTURE**

- Ce formulaire « Déclaration d'arrêt de travail » (en cochant la case Ouverture)
- L'historique des arrêts sur une période d'un an précédant l'arrêt initial et indiquant les périodes à plein-traitement et à demi-traitement à demander à votre employeur
- Le(s) bulletin(s) de salaire correspondant au mois concerné par la perte
- Les 3 bulletins de salaire précédant la perte
- Les attestations d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale : pour les agents IRCANTEC non titulaires ou assistant(e)(s) familial(e)(s)

A adresser par e-mail à [ouvertures@territoria-mutuelle.fr](mailto:ouvertures@territoria-mutuelle.fr)

**2 PROLONGATION**

- Ce formulaire « Déclaration d'arrêt de travail » (en cochant la case Prolongation)
- L'arrêt de prolongation détaillant les jours à plein et demi-traitement de mois concerné
- Le bulletin de salaire correspondant
- Les attestations d'indemnités journalières de la sécurité sociale : pour les agents IRCANTEC non titulaires ou assistant(e)(s) familial(e)(s)

A adresser par e-mail à [prevoyscagastio@territoria-mutuelle.fr](mailto:prevoyscagastio@territoria-mutuelle.fr)

**3 MODIFICATION DE L'ARRÊT**


- Ce formulaire « Déclaration d'arrêt de travail » (en cochant la case Modification)
- L'arrêt correspondant
- La procède-verbal
- Le bulletin de salaire correspondant

A adresser par e-mail à [prevoyscagastio@territoria-mutuelle.fr](mailto:prevoyscagastio@territoria-mutuelle.fr)

Vos données personnelles sont enregistrées dans un fichier informatisé par TERRITORIA mutuelle afin d'assurer la gestion administrative de votre dossier et répondre aux exigences réglementaires. Les données collectées sont communiquées aux unités participantes de gestion et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du traitement.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : [donneespersonnelles@territoria-mutuelle.fr](mailto:donneespersonnelles@territoria-mutuelle.fr). Si vous êtes, après avoir reçu ce message, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.


**TERRITORIA MUTUELLE** | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307  
 Siège social | 54 rue de Paris | CS 30016 | 70365 CHALRAY CEDEX  
 05 49 33 76 51 | [demande@territoria-mutuelle.fr](mailto:demande@territoria-mutuelle.fr)

Subsidière par APICIL, Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 805 827 855  
 Siège social | 51 boulevard Henri | 93005 LA PLAINE

# AGENTS EN CLM (congé longue maladie) OU CLD (congé longue durée)



## Déclarer à TERRITORIA le placement en CLM ou CLD

Quand bien même l'intégralité du traitement est maintenu par l'employeur (soit la 1<sup>ère</sup> année – CLM - , soit les 3 premières années - CLD), le Régime Indemnitaire ne l'est pas...!

# LES DOCUMENTS A COMPLETER PAR L'AGENT

Documents à compléter seul ou avec l'aide de son médecin à retransmettre à TERRITORIA sans passer par votre collectivité (données personnelles et confidentielles)

## TERRITORIA mutuelle | DEMANDE D'INDEMNISATION | GROUPE APICIL | VOLET AGENT

Aucune étude ne sera effectuée sans réception de ce formulaire et du formulaire « Informations médicales », datés et signés.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Email :

Téléphone fixe :  Portable :

N° de SÉCU :

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) :

Avez-vous un contrat de même nature chez un précédent assureur ? exemple : HNT, Inbériale, Colibecan, HFR, Hubex, Sofidex etc.  OUI  NON

Si OUI, merci de préciser :

Nom du précédent assureur :

Type de contrat :  Collectif  Individuel

Période de ouverture de votre ancien contrat : du  /  /  au  /  /

Garanties souscrites :  Incapacité  Primes  Invalidité  Perte de salaire  Décès  Autres, précisez :

Avez-vous été en arrêt de travail pour cette même affection chez votre précédent assureur ?  OUI  NON

Avez-vous été indemnié(e) pour cette même affection ?  OUI  NON

Si OUI, merci de préciser les périodes d'indemnisation :  
 du  /  /  au  /  /   
 du  /  /  au  /  /   
 du  /  /  au  /  /

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères.

FAIT A  LE  /  /

**SIGNATURE DE L'AGENT OBLIGATOIRE**

Vos données personnelles sont enregistrées dans un fichier informatisé par TERRITORIA mutuelle afin d'assurer la gestion administrative de votre dossier et répondre aux exigences réglementaires. Les données collectées sont communiquées aux seuls partenaires de gestion et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, sous réserve de la loi.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : [dp@territoria-mutuelle.fr](mailto:dp@territoria-mutuelle.fr). Si vous êtes inquiet, après nous avoir contactés, que vos droits d'information et de contrôle ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

## TERRITORIA mutuelle | INFORMATIONS MÉDICALES | GROUPE APICIL | VOLET AGENT

ASSURÉ(E)

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

EN CAS D'ACCIDENT

Vie privée

Activité sportive sous licence

Lieu de travail (ou trajet dans le cadre du travail)

Date de l'accident :

Circonstances et description de l'accident :

Causé par un tiers :  OUI  NON

Tiers identifié :  OUI  NON

Nature des lésions :

Traitement - suivi :

APTITUDE À TRAVAILLER A ce jour

L'assuré(e) a-t-il repris le travail ?  OUI  NON

Si OUI, à quelle date ?

Si NON, indiquer la date prévisionnelle de reprise :

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Formulaire Informations médicales rempli par :

L'assuré(e) lui-même  Le médecin traitant

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères.

FAIT A  LE  /  /

**SIGNATURE DE L'AGENT OBLIGATOIRE**

**SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN FACULTATIF**

Vos données personnelles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil de TERRITORIA mutuelle et traitées dans le respect du secret médical. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'assurer la gestion de votre dossier et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, sous réserve de la loi.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : [dp@territoria-mutuelle.fr](mailto:dp@territoria-mutuelle.fr). Si vous êtes inquiet, après nous avoir contactés, que vos droits d'information et de contrôle ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**1**

PIECES À FOURNIR PAR L'AGENT

À REMPLIR, À DATER ET À SIGNER

- Le formulaire « Demande d'indemnisation »
- Le formulaire « Informations médicales »
- Un relevé d'Identité Bancaire à votre nom

A adresser par e-mail à [couverture@territoria-mutuelle.fr](mailto:couverture@territoria-mutuelle.fr) ou par voie postale sous enveloppe confidentielle à TERRITORIA Mutuelle 54 rue de Gabriel - CS 76016 79165 Charentay cedex

**2**

BON À SAVOIR...

- Toute fausse déclaration ou information incomplète est susceptible d'exposer à un refus de prise en charge et, le cas échéant, à une radiation.
- Sous peine de forclusion (selon conditions contractuelles), les demandes d'indemnisation et pièces annexes doivent nous parvenir sous un délai maximum de 3 mois à compter de la perte de traitement.
- Dans l'hypothèse où votre employeur vous placerait, par arrêté administratif, à plein traitement avec effet rétroactif ou procéderait à une régularisation pour un autre motif, nous vous demandons le remboursement à TERRITORIA MUTUELLE des prestations perçues au titre des garanties « maintien de traitement » et/ou « primes et indemnités » pendant les périodes visées par l'arrêté administratif.

**1**

PIECES À FOURNIR PAR L'AGENT

À REMPLIR, À DATER ET À SIGNER

- Le formulaire « Informations médicales »
- Le formulaire « Demande d'indemnisation »
- Un relevé d'Identité Bancaire à votre nom

A adresser par e-mail à [couverture@territoria-mutuelle.fr](mailto:couverture@territoria-mutuelle.fr) ou par voie postale sous enveloppe confidentielle à TERRITORIA Mutuelle 54 rue de Gabriel - CS 76016 79165 Charentay cedex

**2**

BON À SAVOIR...

- Toute fausse déclaration ou information incomplète est susceptible d'exposer à un refus de prise en charge et, le cas échéant, à une radiation.
- Sous peine de forclusion, les demandes d'indemnisation et pièces annexes doivent nous parvenir sous un délai maximum de 3 mois à compter de la perte de traitement. Selon conditions contractuelles.
- Dans l'hypothèse où votre employeur vous placerait, par arrêté administratif, à plein traitement avec effet rétroactif ou procéderait à une régularisation pour un autre motif, nous vous demandons le remboursement à TERRITORIA MUTUELLE des prestations perçues au titre des garanties « maintien de traitement » et/ou « primes et indemnités » pendant les périodes visées par l'arrêté administratif.
- Quelle que soit la personne ayant rempli ce document, la responsabilité de son contenu incombe à l'assuré(e).

# VOS CONTACTS

DEMANDE DE DEVIS  
RENSEIGNEMENT SUR UN CONTRAT

**05.49.33.76.51**

[contactcollectivitescdg@territoria-mutuelle.fr](mailto:contactcollectivitescdg@territoria-mutuelle.fr)

SUIVI ET ENVOI D'UN DOSSIER  
D'INDEMNISATION

**05 87 79 01 79**

[ouverture@territoria-mutuelle.fr](mailto:ouverture@territoria-mutuelle.fr)

Adresse postale

Territoria Mutuelle  
54 rue de Gabiel  
CS 76 016  
79 185 Chauray Cedex

Merci pour votre écoute!

Avez-vous des questions ?