

NOTICE D'INFORMATION
VALANT
CONDITIONS GÉNÉRALES & CONDITIONS PARTICULIÈRES
ASSURANCE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE
POUR LES AGENTS DU
CENTRE DE GESTION DE LA FPT DU VAR
EMPLOYEURS DE MOINS DE 350 AGENTS INCLUS

EFFET DE LA NOTICE D'INFORMATION : 01/01/2025
VERSION FINALISÉE DU 11/10/2024



CONTRAT À ADHÉSION FACULTATIVE

DRH le

15 NOV. 2024

Vu

Le Maire,
Alain BENEDETTO

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 du Var 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 du Var 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.

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			
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	90% (TIN+CTIN+NBIN) + 90 RIN* POUR LES PÉRIODES À DEMI-TRAITEMENT	1.45% TIB+CTIB+NBIB+RIB
INVALIDITÉ PERMANENTE	RENTE MENSUELLE	90% TIN + CTIN + NBIN + RIN	1.00% TIB+CTIB+NBIB+RIB
TOTAL			2.45%

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	0.39% TIB+CTIB+NBIB+RIB
PERTE DE RETRAITE (uniquement pour les agents affiliés à la CNRACL)	CAPITAL	50% PMSS PAR ANNÉE D'INVALIDITÉ	0.46% TIB+CTIB+NBIB+RIB
DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA	CAPITAL	100% SAB	0.43% 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.
CMO : Congé Maladie Ordinaire,
CLM : Congé Longue Maladie,
CLD : Congé Longue Durée,
CGM : Congé Grave Maladie.

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

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

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 prorogeable 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 la Mutuelle refusée par le Souscripteur ;
- **La Mutuelle**, 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 :

- Situation 1 : 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) ;
- Situation 2 : À défaut, les Employeurs devront communiquer à la Mutuelle, par l'intermédiaire du CDG, ces données sur la base d'un fichier statistique. Après étude, la Mutuelle 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 la Mutuelle des taux de cotisation mutualisés sans impact futur sur le résultat technique du présent contrat.

- **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 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.

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 ;

Lorsque la Mutuelle souhaite modifier les cotisations à la date d'échéance de l'année suivante en cas d'aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d'agents adhérents ou encore des évolutions démographiques, elle adresse sa demande au Souscripteur **180 jours au plus tard à compter de la date d'échéance**. Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. La Mutuelle indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

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

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.

Précisions.

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

L'adhérent tient ses états de salaire à disposition de la mutuelle pour consultation éventuelle.

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.

Fonctionnaires IRCANTEC	<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) ; ▪ Accident du travail et maladie professionnelle ; ▪ Temps partiel pour motif thérapeutique.
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistantes familiales & maternelles	<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.
Contractuels de droit privé IRCANTEC	<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 :

Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'État	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.
Fonctionnaires IRCANTEC	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.

Le service des indemnités journalières prend fin à effet :

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

Droits rétablis.

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

6.2 GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

Définition.

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

- Pour les Assurés affiliés à la CNRACL ou au régime spécial pour les agents détachés de l'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 :

6.3 GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Définition.

La **garantie perte de retraite a pour objet le versement d'une rente**, 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.

La rente est versée 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 la Mutuelle 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.

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.

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ EN CAS D'INCIDENT DE SANTÉ

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>Survenance d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 5 jrs</p> <p>Aggravation d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 10 jrs</p> <p>Traitement radiothérapie, chimiothérapie, curiethérapie, trithérapie, quadrithérapie</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>Services travaux après passage de l'ergothérapeute Mise en relation avec des professionnels et suivi (coûts, délais...)</p>	
<p>Téléassistance en cas de perte partielle/totale d'autonomie Frais d'installation et 3 mois d'abonnement pris en charge</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>

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ EN CAS D'INCIDENT DE SANTÉ

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

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

L'assuré couvert antérieurement communique à la Mutuelle tous les documents contractuels relatifs à son ancienne adhésion, comme le Bulletin d'Adhésion et les conditions générales, le règlement mutualiste ou la notice d'information, ainsi que leurs avenants successifs et tout autre document nécessaire à sa prise en charge.

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

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



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 302 937 553
Siège social | 51 Boulevard Marquis Vieux Merle | 69003 LYON

- o L'absence de maintien des garanties et de la contribution employeur ;
- o 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 ;
- o Ou le maintien des garanties sans contribution de l'employeur.

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.

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

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'Épargne (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 :

- Le rapport doit comporter l'historique des informations, c'est-à-dire l'ensemble des données par année (historique à reprendre systématiquement) ;
- Le rapport doit contenir les informations et le compte technique au global, soit pour l'ensemble des employeurs, et également par segment d'employeurs sur la base de la grille tarifaire correspondante aux conditions particulières.

Tout retard dans la communication du rapport, c'est-à-dire après le 30 juin de l'année, entraîne l'application d'une pénalité de 100€ par jours ouvrés. En cas de rapport incomplet, la Mutuelle sera invitée à compléter sous 15 jours ouvrés les éléments par une simple demande adressée par courriel par le Souscripteur. Une fois ce second délai écoulé, une pénalité forfaitaire de 500€ sera appliquée.

11.2 PILOTAGE

Information délivrée par le Souscripteur

Le Souscripteur s'engage pendant la durée de la convention à :

- Faciliter l'information des Employeurs afin de permettre leur adhésion, dans le cadre du plan de développement prévu par la Mutuelle ;
- Informer les Employeurs de la signature de la convention, des caractéristiques du contrat au titre duquel elle est conclue, et ses modalités d'adhésion ;
- Communiquer aux Employeurs la notice d'information du contrat collectif d'assurance.

Comité de suivi

Le Souscripteur et la Mutuelle s'engagent à la mise en œuvre de la convention de participation et à faciliter les adhésions et la gestion du contrat collectif d'assurance associé.

Un comité de suivi de la convention de participation et du contrat collectif est mis en place. Il est composé des représentants du Souscripteur et de la Mutuelle.

Le comité de suivi se réunit au moins une fois par an, et au plus tard dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, afin de prendre connaissance du rapport annuel de la Mutuelle.

12 CONTACTS EN CAS DE RÉCLAMATION ET DE MÉDIATION