



RÈGLEMENT MUTUALISTE PRÉVOYANCE

—
LABEL +



TERRITORIA
mutuelle
Une mutuelle du Groupe AÉSIO

Spécialiste de la Protection Sociale des agents des collectivités territoriales

SOMMAIRE



CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 · Objet	4
Article 2 · Risques couverts	4
Article 3 · Définitions	4
Article 4 · Adhésion	5
Article 5 · Informations à communiquer	5
Article 6 · Rétractation, prise d'effet, Modification et cessation des garanties	5
Article 7 · Résiliation de l'adhésion	6
Article 8 · fausse déclaration intentionnelle	6
Article 9 · omission ou déclaration inexacte	6
Article 10 · Réclamation - médiation	6

CHAPITRE 2 COTISATIONS

Article 11 · modalités de calcul des cotisations	7
Article 12 · Assiette de cotisations	7
Article 13 · Paiement des cotisations	7
Article 14 · Généralités	7

CHAPITRE 3 PRESTATIONS

Article 15 · Attribution des prestations	8
--	---

CHAPITRE 4 EXCLUSIONS

Article 16 · Exclusions	9
-------------------------	---

CHAPITRE 5 GARANTIE INCAPACITÉ

Article 17 · Objet de la garantie	9
Article 18 · Durée de la garantie	9
Article 19 · Liquidation des prestations	10
Article 20 · Fin des prestations	11
Article 21 · Conditions du maintien des prestations après la résiliation	11

CHAPITRE 6 GARANTIE INVALIDITÉ

Article 22 · Objet de la garantie	11
Article 23 · Versement de la prestation	11
Article 24 · Montant de la prestation	11
Article 25 · Liquidation du capital	11

CHAPITRE 7 GARANTIE ASSISTANCE

CHAPITRE 8 CONTRÔLE

PRÉAMBULE

En application de l'article L.211-5 du code de la Mutualité, EOVI-MCD Mutuelle, ayant son siège 173, rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12, se substitue intégralement à **TERRITORIA MUTUELLE**, ayant son siège 20 avenue Léo Lagrange - CS 79650 - 79061 NIORT Cedex 9, pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la substituée, relevant des branches 1, 2 et 20, tels qu'ils sont définis dans le règlement mutualiste de **TERRITORIA MUTUELLE**.

La mutuelle substituante, EOVI-MCD Mutuelle, donne à la mutuelle substituée, **TERRITORIA MUTUELLE**, sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants appartenant ou en lien avec la Fonction Publique, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

EOVI-MCD Mutuelle dispose d'un agrément pour les branches 1, 2, 20 et 21, si l'agrément d'EOVI-MCD Mutuelle lui était retiré pour les branches 1,2 ou 20, les garanties seraient résiliées le quarantième jour (40^e) 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 qui a acquitté la cotisation.

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 · OBJET

Le présent règlement mutualiste, régi par le Code de la mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques entre, d'une part, la mutuelle et, d'autre part, ses membres participants (adhérents), souhaitant bénéficier de garanties de prévoyance (incapacité, invalidité) et qui : sont agents de collectivités territoriales ou de leurs établissements publics et qui sont domiciliés en France, ou dans les Départements, Régions et Territoires d'Outre-Mer ; ont souscrit, à titre individuel, l'une des quatre formules de garanties « **Prévoyance** » définies en annexe I au présent règlement :

Formule 1 : Garantie Incapacité à 90% ;

Formule 2 : Garanties Incapacité à 90% et Invalidité ;

Formule 3 : Garantie Incapacité à 95% ;

Formule 4 : Garanties Incapacité à 95% et Invalidité ;

En complément facultatif de l'une des formules ci-dessus, une option de prise en charge d'une partie du régime indemnitaire est possible.

Le bulletin d'adhésion au présent règlement précise l'identité des adhérents et l'option choisie.

Le présent règlement est remis à chaque adhérent. Il a été labellisé dans les conditions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 Novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

ARTICLE 2 · RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles « **Prévoyance** », prévues par le présent règlement, ont pour objet d'assurer le versement :

- d'une indemnité compensatrice d'une perte de salaire à l'adhérent en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à une maladie ou un accident
- d'un capital à l'adhérent en cas d'invalidité totale ou partielle.

ARTICLE 3 · DÉFINITIONS

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ADHÉRENT : agent ayant adhéré au présent règlement et devenant ainsi membre participant de la mutuelle
Bulletin d'adhésion : document rempli et signé par l'adhérent, sur lequel sont précisées l'identité et les coordonnées de celui-ci et l'option de garantie choisie.

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

DÉCLARATION DE SANTÉ : document adressé par **TERRITORIA MUTUELLE** afin de déterminer s'il est nécessaire que le prospect remplisse une fiche de santé plus détaillée (définition ci-dessous).

FICHE DE SANTÉ : document adressé par **TERRITORIA MUTUELLE** permettant au médecin conseil de la mutuelle d'évaluer les risques liés à l'adhésion et de déterminer dans quelles conditions accepter ou non l'adhésion.

INCAPACITÉ : impossibilité complète et temporaire, reconnue par le médecin conseil de la mutuelle, de se livrer à une quelconque activité professionnelle

INVALIDITÉ : état physique ou mental reconnu par le médecin conseil de la mutuelle, à la suite d'une maladie ou d'un accident, mettant la personne dans l'impossibilité, partielle ou totale, permanente et présumée définitive de se livrer à un travail ou à une activité susceptible de lui procurer gain ou profit

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

MALADIE : affection mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions constatée par une autorité médicale.

MEMBRE PARTICIPANT : personne ayant signé un bulletin d'adhésion à **TERRITORIA MUTUELLE** et qui bénéficie des prestations de la mutuelle, dans le cadre d'une adhésion individuelle.

MUTUELLE : **TERRITORIA MUTUELLE**, Organisme assureur.

RISQUE : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'adhérent. Il s'agit ici de l'incapacité temporaire, de l'invalidité totale ou partielle
Sinistre : correspond à la réalisation du risque.

ARTICLE 4 · ADHÉSION

4.1 Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au présent règlement les agents en bon état de santé caractérisé par l'exercice d'une activité normale de service et appartenant à l'une des catégories d'agents de la fonction publique territoriale et d'état suivantes :

- Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps complet et non complet et affiliés à la caisse CNRACL.
- Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps non complet et affiliés à la caisse IRCANTEC.
- Les agents non-titulaires affiliés à la caisse IRCANTEC.
- Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident, et ceux bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique, peuvent adhérer sous réserve de l'accord du médecin conseil de la mutuelle après étude d'une fiche de santé.
- Les agents qui auront été déjà radiés d'un contrat d'assurance de même nature, ne pourront pas adhérer au présent règlement.

4.2 Modalités de l'adhésion

L'adhésion est constatée par la signature d'un bulletin d'adhésion qui vaut pour acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle, d'une déclaration de santé (DS) et si nécessaire d'une fiche de santé (FS), dûment complétés par l'agent. Dans l'hypothèse où une fiche de santé doit être complétée, l'adhésion est soumise à l'acceptation et aux conditions définies par le médecin conseil de la mutuelle.

En particulier, si le médecin conseil préconise l'exclusion de la prise en charge d'une pathologie, un complément au bulletin d'adhésion intitulé « **conditions particulières d'adhésion** »

précisant les modalités particulières d'adhésion est adressé à l'intéressé. A défaut de renvoi de ce document dûment signé dans un délai de quinze jours, l'intéressé est réputé renoncer à son adhésion.

4.3 Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement est annuelle et expire le 31 décembre suivant l'adhésion. Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier, à défaut d'avoir été dénoncée dans les conditions définies à l'article 7 ci-après.

ARTICLE 5 · INFORMATIONS À COMMUNIQUER

L'adhérent doit communiquer à la mutuelle, lors de l'adhésion et annuellement, sa position statutaire et son niveau de rémunération.
L'adhérent tient ses états de salaire à disposition de la mutuelle pour consultation éventuelle.

ARTICLE 6 · RÉTRACTATION, PRISE D'EFFET, MODIFICATION ET CESSATION DES GARANTIES

6.1 Rétractation

En application de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion mentionnées dans le bulletin d'adhésion et les informations conformes à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation, mentionnées dans les statuts et le règlement mutualiste envoyé avec le bulletin d'adhésion.

Pour faciliter l'exercice de ce droit, l'adhérent adresse un courrier au siège de la mutuelle selon le modèle de texte suivant :

« Je soussigné M..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste Prévoyance Label + **Le..... À**(lieu de l'adhésion).
Fait àle.....avec la signature de l'adhérent ».

6.2 Prise d'effet et modification des garanties

LES GARANTIES PRENNENT EFFET :

- Au plus tôt le premier jour du mois suivant l'acceptation de la demande d'adhésion par la mutuelle**, si l'agent n'est pas en arrêt de travail pour raison médicale à cette date,
- au 1^{er} janvier de chaque année**, en cas de renouvellement de la garantie annuelle,
- au plus tôt au 1^{er} janvier de l'année** suivant l'acceptation de la demande de changement d'option de garantie par la mutuelle,

- à la date de la notification de la modification des garanties, apportée par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

- Toute demande de changement de formule, d'option ou de niveau d'indemnisation des garanties incapacité de travail et invalidité à la hausse est soumise à l'acceptation du médecin conseil de la mutuelle par l'étude d'une fiche de santé.

6.3 Cessation des garanties

- Les garanties de l'adhésion cessent de produire leurs effets en cas de survenance d'un des événements suivants :

- à la date de la résiliation de l'adhésion telle que décrite à l'article 7 du présent règlement,

- à la date où l'adhérent perd la qualité d'agent,

- à la date de la liquidation de la retraite de l'adhérent,

- au 67^e anniversaire de l'adhérent au plus tard, pour la garantie « Incapacité »,

- au 62^e anniversaire de l'adhérent au plus tard, pour la garantie « Invalidité ».

- La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date de la résiliation.

ARTICLE 7 · RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

7.1 Résiliation à l'initiative de l'adhérent

7.1.1. Résiliation annuelle

- L'adhésion au présent règlement cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent, si elle est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque année, ou dans le délai mentionné sur l'avis d'échéance de cotisations.

7.1.2. Résiliation exceptionnelle

- Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle si un adhérent apporte la preuve qu'une convention conclue par son employeur impose son affiliation à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la demande écrite.

7.2 Résiliation - Radiation ou exclusion à l'initiative de la mutuelle

- La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion de l'adhérent par radiation de l'adhérent, en cas de non-paiement des cotisations, selon la procédure prévue à l'article 13 ci-après, par radiation de l'adhérent s'il ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement pour bénéficier des prestations qu'il prévoit, en particulier, s'il perd la qualité d'agent au sens de l'article 4 ci-dessus, par exclusion dans les conditions prévues par l'article 12 des statuts, en particulier, en cas de fausse déclaration intentionnelle.

- La résiliation du contrat et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées. Aucune prestation n'est due pour des arrêts de travail et sinistres survenus postérieurement à la date de résiliation du contrat.

ARTICLE 8 · FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

- Toute fausse déclaration intentionnelle ou réticence faite par l'adhérent à la mutuelle entraîne la nullité des garanties, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ce cas, les cotisations acquittées demeurent acquises à la mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. En cas de résiliation, la mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elle à l'adhérent et à ses ayants droit.

ARTICLE 9 · OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE

- En cas d'omission ou de déclaration inexacte de l'adhérent dont la bonne foi est constatée, la mutuelle se réserve le droit, soit de maintenir l'adhésion en vigueur moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception. En cas de résiliation, la mutuelle restitue à l'adhérent la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

- En tant que de besoin, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ; l'adhésion est également revue selon les conditions indiquées ci-dessus.

ARTICLE 10 · RÉCLAMATION - MÉDIATION

En cas de difficultés, nées l'adhérent peut avoir recours au service qualité en adressant une réclamation à **TERRITORIA MUTUELLE - Service Qualité - CS79650 - 79061 Niort cedex**.

Si l'intervention du service qualité ne lui donne pas satisfaction, l'adhérent pourra demander l'arbitrage d'un médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15

Adresse email : mediation@mutualite.fr

Site internet : <http://www.mediateur-mutualite.fr>

CHAPITRE 2 COTISATIONS

ARTICLE 11 · MODALITÉS DE CALCUL DES COTISATIONS

- La cotisation est fixée en pourcentage des rémunérations et indemnités perçues par l'adhérent et précisées à l'article 12 ci-après. Le taux de cotisation tient compte de l'âge de l'adhérent au 1^{er} janvier et varie en fonction des tranches d'âge suivantes :

- > à 40 ans
- entre 40 ans et 49 ans
- entre 50 ans et 54 ans
- entre 55 ans et 59 ans
- < à 60 ans

- Les modifications de cotisations liées à l'âge de l'adhérent interviennent au 1^{er} janvier de chaque année civile qui suit la date d'anniversaire.

- Les taux de cotisations sont révisés annuellement en fonction, en particulier, de l'évolution de la législation en vigueur et du résultat technique de la mutuelle.

ARTICLE 12 · ASSIETTE DE COTISATIONS

- L'assiette de la cotisation est constituée : du traitement indiciaire brut de l'agent et nouvelle bonification indiciaire le cas échéant, et, selon le choix de l'adhérent, des primes ou indemnités brutes liées à son salaire, à son grade ou à sa fonction, faisant l'objet d'une liquidation mensuelle.

ARTICLE 13 · PAIEMENT DES COTISATIONS

13.1 Règlement des cotisations

- Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique : l'adhérent doit transmettre à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne. A défaut de choix contraire, précisé sur le bulletin d'adhésion, la cotisation due par l'adhérent est prélevée le mois de l'échéance.

- En cas d'incidents de paiements répétés, la mutuelle se réserve le droit de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées et/ou d'exiger le paiement annuel de la cotisation.

- Les membres participants réglant leurs cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devront en faire la demande par écrit. Ils devront alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à leur convenance.

- Le bulletin d'adhésion peut prévoir le versement d'un acompte à l'adhésion.

13.2 Non-paiement des cotisations

- A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent.

- En cas de paiement fractionné de la cotisation annuelle, et de non-paiement d'une des fractions de cotisations, la garantie est suspendue jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, dans les mêmes conditions que celles exposées au paragraphe précédent.

- La mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

- La mise en demeure adressée à l'adhérent l'informe qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

- La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

CHAPITRE 3 PRESTATIONS

ARTICLE 14 · GÉNÉRALITÉS

14.1 Prestations

- Les garanties proposées comprennent, selon l'option choisie par l'adhérent, l'une ou les prestations suivantes :

- Le versement d'une indemnité compensatrice de la perte de salaire subie par l'agent en cas d'incapacité de travail de l'adhérent consécutive à un accident ou une maladie (indemnités journalières),

- Le versement d'un capital en cas d'invalidité de l'adhérent.

14.2 Caractère complémentaire des prestations versées sous forme d'indemnité

- Les prestations « **incapacité** » allouées par la mutuelle viennent en complément des prestations versées par les différents organismes (collectivité territoriale, Régime Général de la Sécurité sociale...) et en aucun cas, n'ont vocation à s'y substituer, en particulier en cas de défaillance de l'un d'entre eux.

14.3 Plafond des prestations en cas de cumul d'assurance

- Les prestations versées mensuellement par la mutuelle, augmentées des prestations versées par l'employeur, les régimes d'assurance maladie ou d'autres régimes de prévoyance et de retraite ne peuvent excéder le montant du salaire mensuel net que l'adhérent aurait perçu s'il avait continué à exercer son activité. En cas de dépassement, les prestations versées par la mutuelle sont réduites à concurrence de la part excédant le montant de ce salaire mensuel.

14.4 Base de calcul des prestations

- Les prestations proposées en cas d'incapacité ou d'invalidité sont calculées à partir des éléments suivants, précisés sur le bulletin d'adhésion :

- le salaire net correspondant au traitement brut ayant servi au calcul de la cotisation au titre du présent contrat, diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires,
- les primes ou indemnités nettes dont la périodicité de liquidation est mensuelle correspondant aux primes et indemnités brutes mensuelles ayant également servi au calcul des cotisations afférentes au présent contrat, diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires.

- Les heures supplémentaires sont exclues de la base de calcul des garanties. Concernant le calcul des prestations, seules les primes incluses dans l'assiette de cotisations seront prises en considération. En tout état de cause, les primes et indemnités dont la périodicité de liquidation par l'employeur n'est pas mensuelle sont exclues de la base de calcul des garanties.

14.5 Revalorisation

- Les prestations en cours de service des membres participants sont revalorisées par référence à la variation de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et constaté entre la date d'application de la revalorisation et la date de la dernière revalorisation effectuée, ou la date d'attribution de la prestation. Le taux de revalorisation est servi à la même date que celle de l'évolution de l'indice 100 majoré.

14.6 Révision des conditions des garanties

- Le montant et les modalités des garanties ont été établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à la date de prise d'effet du contrat. Si ces textes sont ultérieurement modifiés, la mutuelle pourra réviser les garanties proposées.

ARTICLE 15 · ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

15.1 Ouverture du droit à prestations

- Le bénéfice des prestations proposées en cas d'incapacité ou d'invalidité est ouvert dès le premier jour de travail qui suit l'adhésion. L'adhérent ne peut bénéficier des prestations prévues par le présent règlement qu'à la condition que la maladie ou l'accident soit survenu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion au présent contrat.

15.2 Forclusion

- Les demandes de paiements de prestations accompagnées des pièces justificatives doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de trois mois suivant la date à partir de laquelle l'adhérent peut prétendre aux prestations.

15.3 Subrogation

- Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée, à concurrence des prestations versées, dans les droits et obligations des membres participants, des bénéficiaires ou des ayants droit contre les tiers responsables.

15.4 Engagement de remboursement

- Les membres participants bénéficiaires des garanties s'engagent à reverser sans délai le trop perçu des indemnités à la suite du rétablissement de leurs droits à plein traitement, notamment en cas de changement de nature de leur congé maladie et dès que les services de l'employeur auront procédé à la régularisation de leur situation. La mutuelle peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations qu'elle doit à l'adhérent.

15.5 Contrôle du bénéfice des garanties

- La mutuelle peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.
- La mutuelle se réserve également le droit de demander à l'employeur de l'adhérent de procéder à un contrôle administratif.

PAR CONSÉQUENT, L'ADHÉRENT S'ENGAGE :

- à se soumettre à ces visites médicales, contrôles et enquêtes,
- à fournir toutes les pièces demandées par le Médecin Conseil de la mutuelle, aux traitements et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ou toutes autorités médicales ou sanitaires compétentes,
- à informer la mutuelle de tous éléments nouveaux susceptibles de modifier la nature de son congé, à s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas de non-respect de ces engagements ou des résultats de ces contrôles et enquêtes, la mutuelle se réserve le droit de suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

15.6 Arbitrage

- En cas de contestation sur l'état d'incapacité, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.
- Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin est désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.
- Les honoraires du médecin désigné par la mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'adhérent, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

CHAPITRE 4 · EXCLUSIONS

ARTICLE 16 · EXCLUSIONS

SONT EXCLUES DES GARANTIES INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ LES CONSÉQUENCES D'ACCIDENT, OU DE MALADIE RÉSULTANT :

- du fait intentionnellement cause ou provoque par l'adhérent,
- de tentatives de suicide ou de mutilation ou blessures volontaires,
- du fait intentionnellement cause ou provoque par le représentant légal de l'employeur de l'adhérent,
- de compétitions sportives autres que celles de pur amateurisme,
- d'activités sportives et de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non-conforme à l'usage ou aux pratiques,
- de la pratique de sports dangereux tels que sports aériens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur, raids, acrobaties mais aussi tentatives de records, paris, matches, démonstrations,

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante, de guerres civiles ou étrangères, attentats, actes

- de terrorisme, insurrections, émeutes, complots, mouvements populaires quel que soit le lieu de déroulement de ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active,

- de cataclysmes tels que tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,

- de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf dans les cas de stricte légitime défense ou d'assistance à personne en danger,

- de la consommation de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le code de la route,

- de l'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou de substances médicamenteuses en dehors des limites des prescriptions médicales,

- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de l'action de radio isotopes, de l'inhalation de poussières d'amiante.

CHAPITRE 5 · GARANTIE INCAPACITÉ

ARTICLE 17 · OBJET DE LA GARANTIE

- La garantie incapacité de travail a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants de moins de 67 ans qui se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, et perçoivent à ce titre des prestations, soit de leur employeur en application du régime statutaire de la fonction publique territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, et après accord du médecin conseil de la mutuelle.

ARTICLE 18 · DURÉE DE LA GARANTIE

18.1 Agents CNRACL titulaires et stagiaires

- Le contrat a pour objet de garantir la prise en charge d'une partie de la perte de salaire en complément des droits statutaires à congés maladie, constatés au titre de l'incapacité de travail dans les cas suivants :

CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) : intervention de la mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 91^e jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365^e jour d'arrêt de travail.

CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM) : intervention de la mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366^e jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095^e jour d'arrêt de travail.

CONGÉ DE MALADIE DE LONGUE DURÉE (MLD) : intervention de la mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 1096^e jour d'arrêt de travail et jusqu'à la fin de la 5^e année d'arrêt de travail.
Dans le cas d'une maladie contractée dans l'exercice des fonctions, l'intervention de la mutuelle est prévue de la 6^e année jusqu'à la fin de la 8^e année d'arrêt de travail.

18.2 Agents IRCANTEC non titulaires

- Le contrat a pour objet de garantir la prise en charge d'une partie de la perte de salaire en complément des droits statutaires à congés maladie, constatés au titre de l'incapacité de travail dans les cas suivants :

CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) : intervention de la mutuelle en complément des droits statutaires :

- Pour les agents d'une ancienneté de moins de 4 mois, aucune intervention de la mutuelle,

- Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans, intervention de la mutuelle à compter du 31^e jour d'arrêt de travail jusqu'au 62^e jour d'arrêt de travail,

- Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans, intervention de la mutuelle à compter du 61^e jour d'arrêt de travail jusqu'au 122^e jour d'arrêt de travail,

- Pour les agents d'une ancienneté égale et supérieure à 3 ans, intervention de la mutuelle à compter du 91^e jour d'arrêt de travail jusqu'au 182^e jour d'arrêt de travail.

CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM) : Pour les agents d'une ancienneté supérieure à 3 ans, intervention de la mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 365^e jour d'arrêt de travail jusqu'au 1095^e jour d'arrêt de travail.

18.3 Cas particulier de l'option facultative de prise en charge du régime indemnitaire

- Cette option facultative a pour objet de garantir la prise en charge d'une partie de la perte de régime indemnitaire en complément des droits statutaires à congés maladie, constatés au titre de l'incapacité de travail comme décrit ci-dessous :

LES FORMULES 1 ET 2 PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉES AUX OPTIONS SUIVANTES :

OPTION 1 : 40% du régime indemnitaire à compter de la période à demi-traitement,

OPTION 2 : 90% à partir du 16^e jour d'arrêt continu à plein traitement,

OPTION 3 : 90% à partir du 31^e jour d'arrêt continu à plein traitement,

OPTION 4 : 90% à partir du 61^e jour d'arrêt continu à plein traitement,

OPTION 5 : 90% à partir du 91^e jour d'arrêt continu à plein traitement.

LES FORMULES 3 ET 4 PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉES AUX OPTIONS SUIVANTES :

OPTION 6 : 45% du régime indemnitaire à compter de la période à demi-traitement,

OPTION 7 : 95% à partir du 16^e jour d'arrêt continu à plein traitement,

OPTION 8 : 95% à partir du 31^e jour d'arrêt continu à plein traitement,

OPTION 9 : 95% à partir du 61^e jour d'arrêt continu à plein traitement,

OPTION 10 : 95% à partir du 91^e jour d'arrêt continu à plein traitement.

ARTICLE 19 · LIQUIDATION DES PRESTATIONS

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

- les 3 derniers bulletins de paie,

- l'attestation de prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la fonction publique territoriale, ou les décomptes de la Sécurité sociale,

- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,

- le certificat médical sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil de la mutuelle,

- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté du conseil délibératif de la personne morale relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,

- l'attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'adhérent pour les non-titulaires,

- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) de l'adhérent.

- L'adhérent s'engage à rembourser, notamment lors de l'ouverture des droits à prestations, toutes les prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la modification du congé de maladie.

- Une fois les droits à prestations ouverts, le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par la mutuelle. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

ARTICLE 20 · FIN DES PRESTATIONS

LE SERVICE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES PREND FIN À DATER :

- soit du jour de la reprise d'activité,

- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par le régime de l'Assurance Maladie au titre du Régime Général de la Sécurité sociale,

- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent,

- soit de l'expiration de la durée des congés,

- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard au jour du 67^e anniversaire de celui-ci,

- soit du décès de l'adhérent,

- soit du 67^e anniversaire de l'adhérent.

ARTICLE 21 · CONDITIONS DU MAINTIEN DES PRESTATIONS APRÈS LA RÉSILIATION

- En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme des indemnités journalières.

CHAPITRE 6 GARANTIE INVALIDITÉ

ARTICLE 22 · OBJET DE LA GARANTIE

- La garantie invalidité a pour objet le versement d'un capital aux membres participants âgés de moins de 62 ans qui :

- pour les agents CNRACL, sont mis en retraite pour invalidité et justifient d'un taux d'invalidité de plus de 20%,

- pour les agents affiliés à la Sécurité sociale, dans le cas d'une invalidité d'origine non professionnelle, sont reconnus invalides et bénéficient d'une pension d'invalidité par la

Sécurité sociale, et sont inaptes à exercer une quelconque activité professionnelle (catégories 2 et 3) ou inaptes à conserver un poste dans la collectivité où ils travaillaient lors de la reconnaissance d'invalidité (catégorie 1),

- pour les agents affiliés à la Sécurité sociale, lorsque l'invalidité fait suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, présentent un taux d'incapacité permanente défini par le médecin conseil de la Sécurité sociale de plus de 20% et ne peuvent pas conserver un poste dans la collectivité où ils travaillaient lors de la reconnaissance d'incapacité permanente.

ARTICLE 23 · VERSEMENT DE LA PRESTATION

- Le capital est versé dès la date de mise en retraite pour invalidité ou dès le premier versement d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou dès la date du premier versement d'une rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale dans le cas d'une incapacité permanente suite à une maladie professionnelle ou un accident de travail.

ARTICLE 24 · MONTANT DE LA PRESTATION

- LE CAPITAL VERSÉ (K) EST CONSTITUÉ PAR LES ÉLÉMENTS CI-DESSOUS

N : Nombre d'années perdues du fait de l'invalidité, calculé par « 62 - âge de reconnaissance d'invalidité »

S : Dernier salaire annuel net de l'agent

T : pour les agents CNRACL mis en retraite pour invalidité, taux d'invalidité attribué par la CNRACL/50 jusqu'à 50% de taux d'invalidité, puis 1 à partir de 50% de taux d'invalidité,

- pour les agents affiliés à la Sécurité sociale bénéficiant d'une rente d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle = taux d'incapacité permanente/50 jusqu'à 50% de taux d'incapacité permanente, puis 1 à partir de 50% de taux d'incapacité permanente,

- pour les agents affiliés à la Sécurité sociale bénéficiant d'une pension d'invalidité, pour motif autre qu'un accident du travail ou maladie professionnelle :
en invalidité de 1^{re} catégorie = 0.6
en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie = 1

C : Coefficient égal à 10% si la reconnaissance d'invalidité est avant 50 ans, 5% à partir de 50 ans.

Avec $K = N \times S \times T \times C$

Sont prises en considération dans le calcul du capital, les primes et indemnités incluses dans l'assiette des cotisations :

ARTICLE 25 · LIQUIDATION DU CAPITAL

- Afin d'obtenir le paiement du capital, l'adhérent doit remplir et adresser à la mutuelle un formulaire de demande de

prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

POUR LES AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL :

- l'avis de situation de la retraite pour invalidité de la CNRACL mentionnant le taux d'invalidité,
- le premier décompte de liquidation de la pension de la CNRACL,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) de l'adhérent.

POUR LES AGENTS RELEVANT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité indiquant la catégorie d'invalidité (1, 2 ou 3)
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur à 20%, précisant le taux d'incapacité permanente,
- le premier décompte de paiement de la Sécurité sociale,
- une attestation de licenciement pour inaptitude physique,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du membre adhérent.
- Le versement du capital met fin à la garantie.

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 n'a pas vocation à se substituer aux interventions des services publics et aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

CHAPITRE 8 CONTRÔLE

ARTICLE 26 - CONTRÔLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), dont le siège est située au 4 place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 9

CHAPITRE 7 GARANTIE ASSISTANCE

- Tout adhérent TERRITORIA MUTUELLE, souscripteur d'une option de garanties « Prévoyance », prévue par le présent règlement, et les personnes vivant sous son toit domiciliés en France métropolitaine, bénéficient automatiquement d'une garantie « Assistance », assurée par Inter Mutuelles Assistance. 24h/24 et 7j/7.
- Cette garantie est proposée dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par TERRITORIA MUTUELLE auprès de la société d'assurances INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA ASSURANCES), société anonyme régie par le Code des assurances et dont le siège social est situé 118, avenue de Paris à Niort (79000).
- La garantie est définie dans une notice d'information remise aux membres participants concernés par la garantie.
- Elle a pour objet d'apporter aux adhérents de TERRITORIA MUTUELLE des services qui permettent de rétablir l'organisation de leur vie familiale perturbée par une maladie

ANNEXE I

FORMULES DE GARANTIES

VOS GARANTIES

INCAPACITÉ INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Maintien à 90% ou 95% du traitement net et de la nouvelle bonification indiciaire nette (Intervention de la mutuelle limitée à 40%, 45%, 90 % ou 95 % pour le régime indemnitaire suivant l'option retenue)

INVALIDITÉ CAPITAL

Montant fonction de l'âge de mise en invalidité, du salaire et du niveau d'invalidité

COUVERTURE DU TRAITEMENT DE BASE (assiette de cotisation : TIB + NBI)



Les options 1, 2, 3, 4 et 5 peuvent être souscrites avec les Formule 1 ou 2 exclusivement.
Les options 6, 7, 8, 9 et 10 peuvent être souscrites avec les Formule 3 ou 4 exclusivement.
Les options ne sont pas cumulables.

TIB : traitement indiciaire brut
NBI : nouvelle bonification indiciaire
RI : Régime Indemnitaire.

MUT'NOV SERVICES + C'EST QUOI ?

MUT'NOV SERVICES +, c'est un site web <http://www.mutnov-services-plus.fr/> et des conseillers à distance pour vous accompagner au quotidien.

Les services MUTNOV SERVICES+ comprennent :
Des informations utiles, soutien et conseils personnalisés pour mieux vivre le quotidien : problématiques familiales, professionnelles, budgétaires, de logement etc.

Des garanties d'assistance pour préserver l'équilibre familial en cas d'incident de santé et au-delà des situations d'urgence, en cas de coup dur.

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

Vous, ainsi que votre famille

DANS QUELS CAS ?

Lorsqu'un événement réinterroge vos équilibres de vie et vous conduit à chercher de nouvelles solutions : arrivée d'un bébé, nouvel emploi, incidents de santé, perte d'un proche, changement de lieu de vie, recomposition familiale,

Face aux difficultés du quotidien : difficultés matérielles, financières, soutien d'un proche en perte d'autonomie ou en situation de handicap, équilibre entre vie privée et vie professionnelle,

Lorsque vous avez un projet qu'il soit d'ordre personnel, familial ou professionnel : projet de reconversion professionnelle, passage à la retraite, scolarité des enfants, travaux/adaptation du logement etc.

COMMENT FAIRE APPEL AUX CONSEILLERS MUT'NOV SERVICES + ?

Le service est disponible par téléphone au **09 69 32 82 67** ou par mail sur le site (<http://www.mutnov-services-plus.fr/>).

Les conseillers MUT'NOV SERVICES + feront le point sur la situation de votre agent et mettront en œuvre les solutions les plus adaptées à sa situation.

Pour solliciter les garanties d'assistances (voir notice d'information), **des conseillers sont à votre disposition 24h/24, 7j/7.**

Pour un accompagnement personnalisé autour d'un projet de vie ou d'une problématique du quotidien hors assistance, les conseillers sont disponibles du **lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.**

ASSISTANCE À DOMICILE

L'offre d'assistance maintien de salaire de TERRITORIA MUTUELLE vous aide à faire face à des situations difficiles et favorise une reprise plus sereine de votre activité professionnelle grâce à des solutions concrètes et à un accompagnement renforcé dans la durée.

Vous avez besoin d'assistance ? **Munissez-vous de votre n° d'assuré et contactez-nous au 09 69 32 82 67.**

L'ACCES A DES SERVICES CONCRETS DES 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 ou aggravation d'une pathologie lourde ou d'un handicap

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCE EN CAS D'INCIDENT DE SANTE

SERVICES DE PROXIMITÉ

Prise en charge et mise en oeuvre 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 oeuvre sur 1 an

100 unités de services à choisir en fonction des besoins par les garanties suivantes :

Survenance d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 5 j jours

1 enveloppe adultes : aide-ménagère, livraison de médicaments/de courses, transport aux rdv médicaux, portage de repas, garde d'enfants, conduite à l'école/activités

Aggravation d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 10 jours

1 enveloppe enfants malades : garde d'enfants, présence d'un proche, transport aux rdv médicaux, portage de repas

Bilan de vie par un ergothérapeute : bilan de la personne et de son environnement - Rapport de préconisations en matière d'aménagement du domicile

Traitement radiothérapie, chimiothérapie, curiethérapie, trithérapie, quadrithérapie

Services travaux après passage de l'ergothérapeute : Mise en relation avec des professionnels et suivi (coûts, délais...)

Télé assistance en cas de perte partielle/totale d'autonomie : Frais d'installation et 3 mois d'abonnement pris en charge

Aide aux démarches administratives à domicile : Venue d'une aide à domicile (8h sur 30 jrs)

Accompagnements aux examens médicaux : Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)

Assistance psychologique : 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire

En cas d'événement traumatisant privé ou professionnel

L'OFFRE TERRITORIA MUTUELLE

05.49.33.76.51

demain@territoria-mutuelle.fr

SANTÉ
PRÉVOYANCE
PRÉVENTION