



RÈGLEMENT MUTUALISTE
TERRITORIA LABEL

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4
------------------------	----------

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES	4
--	----------

ARTICLE 1 · DÉFINITIONS	4
ARTICLE 2 · OBJET	4
ARTICLE 3 · MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE, DES CONDITIONS ET/OU DES PRESTATIONS	5
ARTICLE 4 · ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE	5
ARTICLE 5 · ADHÉSION	5
ARTICLE 6 · INFORMATIONS À COMMUNIQUER	6
ARTICLE 7 · RÉTRACTATION EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE	6
ARTICLE 8 · CESSATION DE L'ADHÉSION	6
ARTICLE 9 · RÉSILIATION	6
ARTICLE 10 · FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	7
ARTICLE 11 · CHANGEMENT DE GARANTIE	7
ARTICLE 12 · PRESCRIPTION	7
ARTICLE 13 · PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES DE LA CLIENTÈLE	7
ARTICLE 14 · DÉSACCORD ENTRE L'ADHÉRENT ET LA MUTUELLE	9
ARTICLE 15 · ÉLECTION DE DOMICILE	9
ARTICLE 16 · ETENDUE TERRITORIALE	9
ARTICLE 17 · COMMUNICATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE	9
ARTICLE 18 · CONTRÔLE DE LA MUTUELLE	9

CHAPITRE 2 GENERALITES SUR LES COTISATIONS	10
---	-----------

ARTICLE 19 · ASSIETTE ET TAUX DE COTISATIONS	10
ARTICLE 20 · PAIEMENT DES COTISATIONS	10

CHAPITRE 3 GÉNÉRALITÉS SUR LES PRESTATIONS	11
---	-----------

ARTICLE 21 · PRESTATIONS	11
ARTICLE 22 · DÉLAI DE DEMANDE DE PRESTATION	11
ARTICLE 23 · VERSEMENT DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 24 · REQUALIFICATION D'ARRÊT ET RÉGULARISATION	11
ARTICLE 25 · GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	11
ARTICLE 26 · CUMUL	11
ARTICLE 27 · REVALORISATION	11
ARTICLE 28 · RÉVISION DES CONDITIONS DES GARANTIES	11
ARTICLE 29 · RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS	11
ARTICLE 30 · CONTRÔLE MÉDICAL	12

CHAPITRE 4 EXCLUSIONS	13
------------------------------------	-----------

ARTICLE 31 · EXCLUSIONS	13
-------------------------------	----

CHAPITRE 5 GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL	13
--	-----------

ARTICLE 32 · OBJET DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 33 · MONTANT ET DURÉE DE LA PRESTATION	13
ARTICLE 34 · RÉGIME INDEMNITAIRE	14
ARTICLE 35 · ASSIETTE DE LA PRESTATION INCAPACITÉ	14
ARTICLE 36 · PÉRIODE DE LA GARANTIE	15
ARTICLE 37 · RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS	15
ARTICLE 38 · TERME DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	15

ARTICLE 39 · MAINTIEN DES PRESTATIONS	16
---	----

CHAPITRE 6 GARANTIE INVALIDITE 16

ARTICLE 40 · OBJET DE LA GARANTIE	16
ARTICLE 41 · PÉRIODE DE LA GARANTIE ET MONTANT DE LA PRESTATION	16
ARTICLE 42 · ASSIETTE DE LA PRESTATION INVALIDITÉ	16
ARTICLE 43 · RÈGLEMENT DE LA RENTE	17
ARTICLE 44 · TERME DE LA RENTE	17
ARTICLE 45 · MAINTIEN DES PRESTATIONS	17

CHAPITRE 7 GARANTIE DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) .. 18

ARTICLE 46 · OBJET DE LA GARANTIE	18
ARTICLE 47 · MONTANT DU CAPITAL	18
ARTICLE 48 · ASSIETTE DE LA PRESTATION DÉCÈS - PTIA	18
ARTICLE 49 · RÈGLEMENT DU CAPITAL	18
ARTICLE 50 · VERSEMENT DU CAPITAL	18
ARTICLE 51 · TERME DU CAPITAL	18

PRÉAMBULE

En application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, TERRITORIA mutuelle, régie par le Livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 483 041 307, dont le siège social est situé 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex, est l'assureur du présent Contrat. Elle est intégralement substituée par APICIL MUTUELLE, régie par le Livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 Lyon, pour la constitution des garanties d'assurances maladie et accident offertes aux adhérents de la substituée et à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20, tels qu'ils sont définis dans le présent règlement mutualiste.

Le Contrat prévoyance, ci-après dénommé « le Contrat », est conclu entre TERRITORIA mutuelle, ci-après dénommé "la Mutuelle" et l'agent ayant adhéré au contrat, tel que défini à l'article 1 et ci-après dénommé « l'adhérent ». Ces derniers sont dénommés « Parties » au Contrat. Il est régi par le Code de la mutualité et les statuts de la Mutuelle.

Le présent règlement mutualiste est établi par la Mutuelle et remis à l'adhérent. Il définit le contenu des engagements réciproques entre les Parties et les garanties du Contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Le Contrat a été labellisé dans les conditions prévues par le décret 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. Il respecte les conditions prévues par le décret 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.

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

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

Actes ordinaires de la vie :

- S'habiller : capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
- Se nourrir : capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
- Se laver : capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
- Se déplacer : capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).

Adhérent : agent ayant adhéré au Contrat afin de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la Mutuelle est agréée.

Adhésion : acte d'adhésion au Contrat par un agent qui confère à celui-ci la qualité d'adhérent à la Mutuelle.

Agent : personne physique appartenant à l'une des catégories d'agent de la Fonction Publique Territoriale et domiciliée en France ou dans les Départements, Régions et Territoires d'Outre-Mer. L'agent peut être de droit public ou de droit privé.

Les agents de droit public sont :

- Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps complet et affiliés à la CNRACL ;
- Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps non complet et affiliés à la 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 de droit privé sont les agents soumis aux dispositions du droit du travail privé.

Bénéficiaire : est considérée comme bénéficiaire de la garantie Décès-PTIA, la personne qui recevra le capital garanti en cas de réalisation du risque ; c'est-à-dire du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent.

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

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

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions.

Pathologie : ensemble des signes liés à une maladie et/ou troubles divers à l'origine du sinistre.

PTIA : perte totale et irréversible d'autonomie. L'adhérent est considéré comme atteint d'une PTIA lorsqu'il est prouvé, qu'il est totalement inapte à la moindre activité ou occupation, et ceci de façon irréversible. Il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours définitivement et de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et bénéficier de ce fait de l'allocation correspondante de la Sécurité Sociale.

Risque : évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'adhérent.

Sinistre : correspond à la réalisation du risque.

ARTICLE 2 - OBJET

Le Contrat a pour objet d'assurer à l'adhérent le versement de prestations lorsque celui-ci se trouve en situation d'incapacité, d'invalidité, de décès ou PTIA.

Les garanties proposées sont les suivantes : incapacité de travail, invalidité, décès - PTIA. Elles sont détaillées dans le tableau des garanties.

Le Contrat prévoit la formule de base suivante, dite Formule 1 - Labelisée :

- Garantie Incapacité à 90% avec couverture du régime indemnitaire à demi-traitement à hauteur de 40%,
- Garantie Invalidité à 90%.

L'adhérent peut choisir un renfort de 5%, constituant ainsi la Formule 2 - Renforcée. Cette formule prévoit les garanties suivantes :

- Garantie Incapacité à 95% avec couverture du régime indemnitaire à demi-traitement à hauteur de 45%,
- Garantie Invalidité à 95%.

En complément facultatif de la formule choisie, l'adhérent peut ajouter une option supplémentaire de prise en charge d'une partie du régime indemnitaire et/ou une option de capital décès.

Le présent règlement mutualiste détaille les risques que la Mutuelle est susceptible de couvrir.

ARTICLE 3 · MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE, DES CONDITIONS ET/OU DES PRESTATIONS

Les modifications du règlement mutualiste sont proposées par le Conseil d'administration et approuvées par l'Assemblée générale. Celle-ci peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

Les modifications sont portées à la connaissance de l'adhérent. Elles s'imposent à l'adhérent dès cet instant. En raison de ces modifications, l'adhérent peut dénoncer l'adhésion dans les conditions visées à l'article 9.1 du présent document.

ARTICLE 4 · ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou du statut de la Fonction publique, le Contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établies en considération des conditions en vigueur dans d'autres régimes, les changements apportés à ces conditions postérieurement à la définition des conditions d'assurance, objet du présent règlement, ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de la Mutuelle qui sont, en pareil cas, fondés à apporter l'expression des garanties, les aménagements nécessaires (sur les cotisations et/ou sur les prestations) permettant de maintenir l'équilibre du régime conventionnel de prévoyance par une modification du Contrat.

En cas d'instauration ou de modification par les

pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, la Mutuelle est fondée à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations, par une modification du Contrat.

ARTICLE 5 · ADHÉSION

5.1 Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au Contrat les personnes ayant la qualité d'agent au sens de l'article 1, à la date de leur demande d'admission, et ayant entre 18 ans et l'âge de la retraite à taux plein automatique. Peuvent également adhérer les agents de moins de 18 ans à leur demande, dans le cadre d'un contrat d'apprentissage.

Si l'agent est en arrêt (y compris en congé longue maladie fractionné, en congé longue durée fractionné ou en temps partiel thérapeutique) au moment de la prise d'effet du Contrat, l'adhésion a lieu dans les mêmes conditions qu'un agent en activité (cf. article 5.2). **Cependant, les suites et conséquences de la pathologie ou du sinistre à l'origine de l'arrêt en cours** (y compris en congé longue maladie fractionné, en congé longue durée fractionné ou en temps partiel thérapeutique) **lors de l'adhésion de l'agent, ne feront l'objet d'aucune prise en charge par la Mutuelle.**

En revanche, l'agent qui aura déjà été radié d'un contrat d'assurance de même nature au sein de la Mutuelle, ne pourra adhérer au Contrat.

5.2 Durée et effet de l'adhésion

Modalités de l'adhésion

L'adhésion est constatée par la signature d'un bulletin de demande d'adhésion qui vaut pour acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle, d'une déclaration de santé et si nécessaire d'une fiche de santé, dûment complétés par l'agent. Elle est soumise à l'acceptation de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse où une fiche de santé doit être complétée, elle 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 de demande 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 15 jours, l'intéressé sera réputé renoncer à son adhésion.

Effet de l'adhésion

L'adhésion au Contrat prend effet :

- au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'acceptation de la demande d'adhésion par la Mutuelle ;
- au 1er janvier de chaque année en cas de renouvellement de la garantie annuelle ;
- au plus tôt au 1er jour du mois qui suit l'acceptation, par la Mutuelle, de la demande de changement d'option de garantie à la hausse ;
- au plus tôt au 1er janvier qui suit l'acceptation, par

la Mutuelle, de la demande de changement d'option de garantie à la baisse ;

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

Le bénéfice des garanties est ouvert dès le premier jour de travail qui suit l'adhésion.

Les arrêts de travail et sinistres ne peuvent être pris en charge que lorsqu'ils sont postérieurs à la date d'effet de l'adhésion de l'agent. Aucune prestation n'est due pour des arrêts de travail survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au Contrat.

Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent Contrat est annuelle et expire le 31 décembre suivant l'adhésion. Elle se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une des parties, définie à l'article 9.

ARTICLE 6 · INFORMATIONS À COMMUNIQUER

L'adhérent doit 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, la cotisation est majorée de 5%.**

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

L'adhérent est tenu de communiquer son bulletin de salaire à chaque changement de situation.

ARTICLE 7 · RÉTRACTATION EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE

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 14 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 le certificat d'adhésion et les informations conformes à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation. Ce délai est porté à 30 jours calendaires si l'adhérent a également souscrit la garantie Décès - PTIA.

Pour faciliter l'exercice de ce droit, l'adhérent adresse sa demande à la Mutuelle, par lettre ou tout autre support durable visé à l'article 9.1 et selon le modèle de texte suivant : « Je soussigné(e), M.....(nom, prénom). demeurant à(adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Contrat TERRITORIA LABEL le.....à.....(lieu de l'adhésion). Fait à le..... (signature de l'adhérent)» et à l'adresse suivante : TERRITORIA mutuelle - 54 rue de Gabel - CS 76016 - 79185 CHAURAY Cedex ou à l'adresse mail : demain@territoria-mutuelle.fr.

ARTICLE 8 · CESSATION DE L'ADHÉSION

L'adhérent cesse de bénéficier des garanties en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- résiliation de l'adhésion (cf. article 9) ;
- perte de la qualité d'agent ;
- date de la liquidation de la retraite de l'adhérent ;

- non-paiement de la cotisation (cf. article 20.2) ;
- décès de l'adhérent.

En outre, il existe d'autres cas de cessation propres à chacune des garanties, définis dans les articles propres à chaque garantie.

ARTICLE 9 · RÉSILIATION

9.1 Résiliation à l'initiative de l'adhérent

A l'échéance annuelle

L'adhérent peut résilier son adhésion au Contrat en le notifiant à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de chaque année. La résiliation prend effet le 31 décembre suivant.

Dans le cas où la Mutuelle envoie l'avis d'échéance annuel après le 15 octobre, l'adhérent dispose d'un délai supplémentaire de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis pour résilier son adhésion.

La notification de la résiliation peut être effectuée auprès de la Mutuelle, au choix de l'adhérent :

- par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ;
- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- directement sur l'espace adhérent, en ligne.

L'adhérent doit joindre les pièces justificatives requises. La Mutuelle confirme la réception de cette notification par écrit à l'adhérent.

En cas de convention avec son employeur

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.

En cas de modification du Contrat

En cas de modification du Contrat portée à la connaissance de l'adhérent (cf. article 3), ce dernier peut, dans un délai d'un mois à compter de l'information par la Mutuelle, dénoncer son adhésion au Contrat en raison de ces modifications.

La date d'effet de la résiliation est communiquée par la Mutuelle, après réception de la demande faite par l'adhérent.

9.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion de l'adhérent pour l'un des cas suivants :

- par radiation en cas de non-paiement des cotisations par l'adhérent (cf. article 20.2) ;
- par radiation si l'adhérent ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement mutualiste pour bénéficier des prestations qu'il perçoit ; en particulier, s'il perd la qualité d'agent au sens de l'article 1 ;
- par exclusion dans les conditions prévues par l'article 12 des statuts ; en particulier en cas de fausse déclaration intentionnelle. **Ce cas d'exclusion ne donne pas droit au**

remboursement des cotisations versées.

9.3 Effets de la résiliation

Effets de la résiliation sur le versement des prestations

La résiliation ou le non-renouvellement du Contrat ou de l'adhésion est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau 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.

Effets de la résiliation sur la revalorisation des prestations en cours de service

En cas de résiliation du Contrat, **les prestations continueront d'être revalorisées** chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la fonction publique constatée au cours des 12 derniers mois et dans la limite du taux défini par décision du Conseil d'administration de la Mutuelle.

ARTICLE 10 · FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Les déclarations faites par l'adhérent (ou son conseil) servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel du Contrat, aussi la Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par l'adhérent (ou son conseil) à la Mutuelle entraîne la nullité des garanties quand cette réticence ou fausse déclaration, change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle. 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 11 · CHANGEMENT DE GARANTIE

A condition qu'il n'y ait aucun arrêt en cours (indemnisé ou non), l'adhérent peut modifier son niveau d'indemnisation, ajouter ou supprimer une garantie non obligatoire, en le demandant sur tout support durable, adressé à la Mutuelle.

Toute demande de changement à la hausse est soumise à l'acceptation du Médecin conseil de la Mutuelle, par l'étude d'une fiche de santé. La prise d'effet de la modification sera notifiée par la Mutuelle.

En cas de changement à la baisse ou de suppression d'une garantie, la demande doit être faite au plus tard le 31 octobre de l'année. Dans ce cas, la modification sera effective au 1er janvier de l'année suivante. En cas de suppression d'une garantie, l'adhérent ne pourra pas demander à la souscrire à nouveau pendant la durée du Contrat.

En cas de suppression ou de modification à la

baisse d'une garantie, l'adhérent ne pourra pas demander d'augmenter son niveau de garantie ni de souscrire de nouveau cette garantie pendant la durée du Contrat.

ARTICLE 12 · PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Il en est ainsi de l'invalidité.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. Elle est portée à dix ans pour la garantie décès/PTIA.

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,**
- **En cas de sinistre, que du jour où l'adhérent ou les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Si l'action 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 le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit :

- **de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer,**
- **de la demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,**
- **de la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,**
- **de l'acte d'exécution forcée,**
- **de l'interpellation faite dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.**

ARTICLE 13 · PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES DE LA CLIENTÈLE

L'adhérent est informé que dans le cadre de l'exécution du Contrat, TERRITORIA mutuelle peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du Contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGPD »).

TERRITORIA mutuelle a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@territoria-mutuelle.fr.

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du Contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du Contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à TERRITORIA mutuelle de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment de capitaux. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale. Les données peuvent également être utilisées pour la lutte contre la fraude, pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Le traitement est alors fondé sur l'intérêt légitime du responsable de traitement dans le respect des droits et intérêts de l'adhérent.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés sur la base des intérêts légitimes de TERRITORIA mutuelle. Sur cette même base et sauf opposition de la part de l'adhérent, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par TERRITORIA mutuelle, par voie électronique uniquement pour des produits et services similaires à ceux objets du Contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès de l'adhérent, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par les autres membres du Groupe APICIL. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement de l'adhérent, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de TERRITORIA mutuelle, ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires ainsi que, le cas échéant, les réassureurs, les intermédiaires en assurances et les tiers habilités appelés à prendre connaissance de ces données en raison de la gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, l'adhérent est invité à consulter la politique de données personnelles, à l'adresse suivante <https://www.territoria-mutuelle.fr/charte-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données. En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion des finalités déclarées et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée dispose à l'égard de TERRITORIA mutuelle et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants, en contactant TERRITORIA mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO), 54 rue de Gabel - CS 76016 - 79185 CHAURAY Cedex :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel la concernant, quand le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de TERRITORIA mutuelle ou nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- droit à la portabilité des données,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL.

L'adhérent est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr/>. Toutefois, tant que le contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à TERRITORIA mutuelle de démarcher téléphoniquement l'adhérent si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de TERRITORIA mutuelle à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

L'adhérent est également informé que TERRITORIA mutuelle n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

D'une manière générale, TERRITORIA mutuelle s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par l'adhérent ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du Contrat. En particulier, TERRITORIA mutuelle s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du Contrat. Les engagements pris par TERRITORIA mutuelle au titre du présent article survivront à la cessation du Contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles de TERRITORIA mutuelle étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des données personnelles, des coordonnées du

responsable de traitement, de modifications éventuelles, l'adhérent est invité à se rendre sur le site internet de TERRITORIA mutuelle à l'adresse suivante <https://www.territoria-mutuelle.fr/charte-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles de TERRITORIA mutuelle en vigueur.

informer la Mutuelle par lettre recommandée, tout support durable ou directement via son espace adhérent. A défaut, les courriers adressés à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

ARTICLE 16 · ETENDUE TERRITORIALE

Les présentes garanties sont valables dans le monde entier, quel que soit le lieu de survenance du fait générateur.

ARTICLE 17 · COMMUNICATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'adhérent et la Mutuelle sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'adhérent des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations.

ARTICLE 18 · CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

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.

ARTICLE 14 · DÉSACCORD ENTRE L'ADHÉRENT ET LA MUTUELLE

14.1 Réclamation

Une réclamation est l'expression d'un mécontentement concernant les prestations et services délivrés par la Mutuelle. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis, n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation sur les engagements d'assurance de la Mutuelle, l'adhérent peut contacter notre Service qualité :

- par le biais du formulaire Réclamation sur notre site internet ;
- par courriel à l'adresse service-qualite@territoria-mutuelle.fr ;
- ou par courrier à l'adresse : TERRITORIA mutuelle - Service qualité, 54 rue de Gabel - CS 76016 - 79185 Chauray Cedex.

A compter de la date d'envoi de la réclamation, la Mutuelle doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

14.2 Médiation

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent. En tout état de cause, le médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite. La demande de médiation suspend la prescription à condition qu'elle soit considérée recevable par le Médiateur compétent.

Les saisines sont rédigées en langue française et adressées :

- soit par voie postale à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- soit par Internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://www.mediateurmutualite.fr/saisir-le-mediateur/>.

14.3 Validité du règlement mutualiste

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement mutualiste serait considérée comme nulle et non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions.

ARTICLE 15 · ÉLECTION DE DOMICILE

Pour tout changement de domicile, l'adhérent doit

CHAPITRE 2 GENERALITES SUR LES COTISATIONS

ARTICLE 19 · ASSIETTE ET TAUX DE COTISATIONS

19.1 Assiette de calcul

La cotisation est fixée en pourcentage de l'assiette définie ci-dessous. En cas de perte partielle ou totale du salaire, la cotisation est calculée sur la base du dernier salaire perçu par l'adhérent précédant l'arrêt de travail.

- Pour les agents de droit public, l'assiette de la cotisation correspond à la somme mensuelle :
 - du traitement indiciaire brut,
 - de la nouvelle bonification indiciaire brute,
 - du complément de traitement indiciaire brut,
 - et du régime indemnitaire brut regroupant les primes et indemnités mensuelles en vigueur dans la collectivité employeur à l'exclusion du complément indemnitaire annuel (CIA).
- Pour les agents de droit privé, l'assiette de la cotisation correspond au salaire mensuel brut fixe de base.
- Pour l'assistant familial et l'assistant maternel, l'assiette de cotisation correspond à l'assiette de la cotisation vieillesse déplafonnée.

Les heures supplémentaires et les heures complémentaires sont exclues.

En cas de suspension du Contrat de travail hors arrêt pour maladie, l'adhérent ne cotise plus sur la période de suspension et l'adhésion est suspendue. Toutefois, en cas d'arrêt pour maladie, l'adhérent cotise sur la période au cours de laquelle il est en arrêt.

19.2 Taux de cotisation

Le taux de cotisation tient compte de l'âge de l'adhérent au 1er janvier. Cet âge est calculé par différence de millésime (année courante – année de naissance), valable pour tous les statuts.

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

Le taux de cotisation est révisé annuellement en fonction, en particulier de l'évolution de la législation en vigueur et du résultat technique de la Mutuelle.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification du statut des agents de la Fonction publique ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de la Mutuelle.

ARTICLE 20 · PAIEMENT DES COTISATIONS

20.1 Règlement des cotisations

L'appel de cotisation est effectué à terme à échoir.

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent. Pour cela, l'adhérent doit avoir transmis, à la Mutuelle, une autorisation de prélèvement

bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

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.

L'adhérent réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devra en faire la demande par écrit. Il devra alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à sa convenance.

L'adhérent est tenu de communiquer son bulletin de salaire à chaque changement de situation.

20.2 Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction 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.

La cessation des garanties ou la période de suspension du Contrat ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

CHAPITRE 3 GÉNÉRALITÉS SUR LES PRESTATIONS

ARTICLE 21 · PRESTATIONS

La Mutuelle peut intervenir par le versement de prestations au titre des garanties suivantes :

- incapacité de travail de l'adhérent consécutive à un accident ou une maladie (indemnités journalières) (cf. Chapitre 5) ;
- invalidité de l'adhérent (rente d'invalidité) (cf. Chapitre 6) ;
- décès ou perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent (cf. Chapitre 7).

Les garanties sont détaillées dans le tableau des garanties.

ARTICLE 22 · DÉLAI DE DEMANDE DE PRESTATION

La demande de paiement des prestations incapacité et invalidité doit être produite dans un délai maximal de trois mois suivant la date à laquelle l'adhérent peut prétendre aux prestations.

Dans le cas où la demande tardive porte préjudice à la Mutuelle, celle-ci n'appliquera pas d'effet rétroactif aux prestations concernées.

ARTICLE 23 · VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. Le paiement des prestations par la Mutuelle peut être subordonné à un contrôle médical.

La Mutuelle règle les prestations par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou du bénéficiaire (en cas de décès de l'adhérent) dans un délai d'un mois après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, sauf disposition différente mentionnée en annexe.

En tout état de cause, la Mutuelle peut demander toute pièce justificative supplémentaire, utile à l'instruction du dossier.

ARTICLE 24 · REQUALIFICATION D'ARRÊT ET RÉGULARISATION

L'adhérent s'engage à reverser sans délai toutes les prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif à la suite de la requalification du congé de maladie.

La Mutuelle peut opérer toute compensation entre les sommes indues et les autres prestations dues par la Mutuelle à l'adhérent.

ARTICLE 25 · GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

La Mutuelle intervient en complément des prestations versées par les différents organismes (collectivité territoriale, régime de retraite CNRACL, régime de retraite IRCANTEC, Régime général de la Sécurité Sociale, France Travail...) et en aucun cas en substitution ou en cas de défaillance de l'un d'entre

eux.

Aucune prestation n'est versée par la Mutuelle si l'adhérent ne perçoit aucune prestation d'au moins un des organismes précités.

ARTICLE 26 · CUMUL

26.1 Pour les prestations incapacité

Le montant mensuel des prestations incapacité versées par la Mutuelle, augmenté des sommes versées par l'employeur, les régimes d'assurance maladie, les régimes de prévoyance et de retraite ou de tout autre opérateur ne peut excéder le salaire de référence, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des prestations (cf. article 35).

26.2 Pour les prestations invalidité

Le montant mensuel des prestations invalidité versées par la Mutuelle, augmenté des sommes versées par l'employeur, les régimes d'assurance maladie, les régimes de prévoyance et de retraite ou de tout autre opérateur ne peut excéder 90% du salaire de référence, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des prestations (cf. article 42).

26.3 En cas de dépassement

Au-delà des limites de cumul, les prestations versées par la Mutuelle sont réduites à concurrence du montant fixé ci-dessus.

ARTICLE 27 · REVALORISATION

Les prestations en cours de service et les prestations après résiliation du Contrat relatives aux garanties incapacité et invalidité sont revalorisées chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la fonction publique constatée au cours des 12 derniers mois et dans la limite du taux et des décisions définis par décision du Conseil d'administration de la Mutuelle.

A compter de la date du décès de l'adhérent et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement, la prestation liée au capital décès est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

ARTICLE 28 · 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 venaient à être modifiés ultérieurement, la Mutuelle se réserve le droit de réviser ses conditions de garanties.

ARTICLE 29 · RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS

En cas d'accident, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations indemnitaires qu'elle a versées à un adhérent ou au bénéficiaire.

En cas de sinistre, lorsque le fait générateur est un accident ou un fait volontaire imputable à un tiers, **l'adhérent est tenu d'en informer immédiatement la Mutuelle par lettre ou tout**

autre support durable. En effet, dans le cas de la présence d'un tiers responsable, la Mutuelle dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Si l'adhérent prive la Mutuelle de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, **il perdra le droit au versement des prestations correspondantes.**

ARTICLE 30 · CONTRÔLE MÉDICAL

30.1 Principe du contrôle médical

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.

Par conséquent, l'adhérent s'engage à :

- se soumettre à ces visites médicales, contrôles et enquêtes,
- fournir toutes les pièces demandées par le Médecin Conseil de la Mutuelle,
- suivre les traitements et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ou toutes autorités médicales ou sanitaires compétentes,
- informer la Mutuelle de tout élément nouveau susceptible de modifier la nature du congé,
- s'abstenir de toute activité non autorisée.

30.2 Non-respect des engagements de l'adhérent

En cas de non-respect de ces engagements, l'adhérent sera déchu, partiellement ou totalement, de ses droits au service des prestations. Si les résultats de ces contrôles et enquêtes conduisent à une modification du droit à prestation de l'adhérent, la Mutuelle pourra être amenée à modifier le service des prestations en conséquence.

En cas de refus de l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

Est considéré comme un refus de se soumettre au contrôle médical le fait pour l'adhérent, **sans motif légitime** de :

- ne pas retourner dans les délais impartis le questionnaire médical dûment complété envoyé par la Mutuelle
- refuser de se faire contrôler par le Médecin se rendant à son domicile ou ne pas être présent à l'heure du contrôle fixée ;
- refuser de se soumettre à un contrôle par un Médecin désigné par la Mutuelle à la date fixée ;
- ne pas se présenter à un rendez-vous chez le Médecin désigné par la Mutuelle.

Est notamment considéré comme un **motif légitime** :

- un rendez-vous médical en rapport avec la pathologie justifiant l'incapacité de travail (séances de kinésithérapie, rendez-vous chez un spécialiste...);
- l'incapacité physique de se rendre au lieu de rendez-vous ;

- une urgence d'ordre personnel ou familial (décès d'un proche, hospitalisation d'un enfant...).

A défaut pour l'adhérent de justifier par tout moyen ce motif légitime dans les plus brefs délais, le refus sera considéré comme un refus illégitime et pourra entraîner la suspension immédiate des prestations versées par la Mutuelle. **En l'absence de motif légitime, l'adhérent s'expose au paiement des frais d'expertise.**

30.3 Effets du contrôle médical

La situation médicale de l'adhérent peut conduire la Mutuelle à adopter une position différente de celle de l'employeur ou de la Sécurité sociale, par rapport au service des prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Seules les considérations médicales seront prises en compte par la Mutuelle pour acter de la cessation ou non des prestations. Ainsi, la Mutuelle ne sera, en aucun cas, tenue par d'autres éléments extérieurs, relevant notamment de la compétence du médecin du travail.

En tout état de cause, lorsque le médecin procédant au contrôle médical :

- émet un avis favorable à la reprise du travail par l'adhérent, à temps plein ou à temps partiel, lorsqu'il le considère médicalement apte à travailler ;
- constate l'absence de l'adhérent à l'horaire et adresse prévus ;
- constate le refus de l'adhérent de se soumettre au contrôle ;

la Mutuelle pourra, après analyse par son médecin conseil, suspendre ou diminuer les prestations, à compter de la date de notification à l'adhérent de la décision prise. En cas de versement de prestations au-delà de cette date, la Mutuelle pourra être amenée à réclamer les indus.

Lorsque l'état de santé de l'adhérent ne répond plus à la définition d'incapacité ou d'invalidité au sens du présent Contrat, la Mutuelle sera amenée à cesser le versement des prestations.

30.4 Procédure d'arbitrage en cas de contestation par l'adhérent

Si l'adhérent n'accepte pas la décision de la Mutuelle, il est tenu de la contester dans **le délai de trois mois à compter de la date à laquelle il a été informé de la décision.**

La contestation sera soumise à une procédure d'arbitrage opérée par un nouveau médecin. Ce médecin arbitre sera désigné par accord entre l'adhérent et la Mutuelle. A défaut d'accord sur la désignation d'un nouveau médecin, il devra y être procédé par recours au Tribunal judiciaire compétent, statuant en référé.

Dans les deux cas, les honoraires de ce nouveau médecin arbitre seront répartis pour moitié entre les deux parties. Les prestations continueront à être suspendues durant cette période de contestation. Les conclusions rendues par le médecin arbitre désigné s'imposeront aux parties.

CHAPITRE 4 EXCLUSIONS

ARTICLE 31 - EXCLUSIONS

La Mutuelle couvre tous les risques d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès, à compter de la prise d'effet de l'adhésion au Contrat, quelle qu'en soit la cause.

Cependant, sont exclues de l'ensemble des garanties susvisées les conséquences d'accidents ou de maladie résultant :

- du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'adhérent ;
- du suicide ou de la tentative de suicide dans les douze premiers mois de l'adhésion ;
- de mutilations ou de blessures volontaires ;
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par le représentant légal de l'employeur de l'adhérent ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel (sauf pour les professeurs de sports, coachs sportifs, entraîneurs et moniteurs de sports non saisonniers) ou de la participation à des 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, ascensions de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur, raids, acrobaties mais aussi tentatives de records, paris, matchs, démonstrations ;
- d'un accident de navigation aérienne sauf si l'adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
- 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, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel ;
- 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 substances médicamenteuses en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- des effets directs ou indirects d'explosions, 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 poussière d'amiante.

CHAPITRE 5 GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ARTICLE 32 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Incapacité de travail a pour objet d'assurer le versement d'indemnités journalières complémentaires à l'adhérent se trouvant momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une quelconque activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident médicalement constaté.

Les conditions suivantes doivent être réunies pour que le sinistre ouvre droit à prestations :

- La maladie ou l'accident médicalement constaté doit être survenu pendant la période d'affiliation ;
- L'adhérent doit percevoir, à ce titre, des prestations de son employeur en application du régime statutaire de la Fonction publique territoriale ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale ;
- L'adhérent ne doit pas avoir atteint l'âge de la retraite à taux plein automatique.

L'incapacité de travail se définit comme l'incapacité de travail médicalement constatée selon laquelle l'adhérent ne peut exercer son activité professionnelle d'aucune manière, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire dans la mesure où elles ont pour objet de palier la perte de revenu subie par l'adhérent.

Le paiement des prestations par la Mutuelle peut être subordonné à un contrôle médical (cf. article 30).

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du Contrat ne sont pas garanties au titre de l'incapacité de travail pour cet arrêt et ses suites et conséquences ; le risque étant déjà réalisé.

ARTICLE 33 - MONTANT ET DURÉE DE LA PRESTATION

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire versée par la Mutuelle est détaillé au tableau des garanties. Les modalités diffèrent notamment selon le statut de l'adhérent et la nature de l'arrêt dans lequel il se trouve.

Sont garantis les événements suivants, en fonction du statut de l'adhérent.

Événements garantis de l'agent fonctionnaire CNRACL :

- Congé de Maladie Ordinaire (CMO) ;
- Congé de Longue Maladie (CLM) ;
- Congé de Maladie Longue Durée (CLD) ;
- Maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, reclassement, mise en disponibilité ou admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 ;
- Disponibilité d'office 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 ou de l'allocation d'invalidité temporaire.

Événements garantis de l'agent fonctionnaire IRCANTEC :

- Congé de Maladie Ordinaire (CMO) ;
- Congé de Grave Maladie (CGM) ;
- Maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, reclassement, mise en disponibilité ou admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 ;
- Disponibilité d'office 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 ou de l'allocation d'invalidité temporaire.

Événements garantis de l'agent contractuel de droit public IRCANTEC et de l'assistant familial :

- Congé de Maladie Ordinaire (CMO) ;
- Congé de Grave Maladie (CGM).

Événement garanti de l'agent contractuel de droit privé IRCANTEC :

- Arrêt de travail pour maladie et accident

L'indemnité journalière est calculée en appliquant le pourcentage indiqué au tableau des garanties sur le salaire mensuel net de l'adhérent défini à l'article 35, connu au moment de sa demande de prestation et en déduisant les prestations versées par l'employeur en application du régime statutaire de la Fonction publique territoriale ou par le régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Les indemnités versées par la Mutuelle sont servies au maximum tant que dure l'incapacité de travail donnant lieu au versement des prestations par les différents organismes (collectivité territoriale, Régime général de la Sécurité Sociale...). Elles viennent compléter le versement des prestations par les différents organismes cités ci-dessus et ne peuvent, en toute hypothèse, avoir pour conséquence de procurer à l'adhérent des revenus supérieurs à la rémunération nette qu'il percevrait en l'absence de cessation d'activité.

ARTICLE 34 · RÉGIME INDEMNITAIRE

34.1 Détail de la prise en charge

Dans le cadre de cette indemnité journalière, la Mutuelle indemnise également une partie de la perte du régime indemnitaire que l'adhérent subit lorsqu'il passe à demi-traitement, en cas d'incapacité au sens de l'article 32.

Pour rappel, le régime indemnitaire est inclus dans le salaire de référence servant au calcul des indemnités journalières. Seul l'agent de droit public est concerné par ce régime indemnitaire. Le montant de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle est détaillé au tableau des garanties.

34.2 Couverture supplémentaire du régime indemnitaire

De plus, l'agent titulaire (CNRACL ou IRCANTEC) a la possibilité de choisir une option supplémentaire afin de prendre en charge une partie de son régime indemnitaire dès lors que la collectivité ne l'indemnise plus au titre de ce régime indemnitaire lorsqu'il se situe en congé de longue maladie, en congé de longue durée ou en congé grave maladie.

L'agent doit souscrire à cette option avant d'être en arrêt afin d'être couvert sur la longue maladie et la longue durée. Il ne s'agit pas d'une option que l'adhérent peut activer lorsqu'il est en congé de longue maladie, en congé de longue durée ou en congé grave maladie.

ARTICLE 35 · ASSIETTE DE LA PRESTATION INCAPACITÉ

35.1 Pour l'agent de droit public

Le salaire de référence servant au calcul de la prestation incapacité est basé sur l'assiette des cotisations (cf. article 19), appréciée pour sa valeur nette. Il s'agit de la somme mensuelle du traitement indiciaire net, de la nouvelle bonification indiciaire nette et du complément indiciaire net.

En ce qui concerne le régime indemnitaire, le salaire de référence est établi selon les dernières primes que l'adhérent aurait perçues en cas d'activité.

Le salaire de référence est établi à partir de l'assiette de cotisations, déduction faite :

- des cotisations CNRACL ou IRCANTEC appliquées sur le traitement indiciaire, la nouvelle bonification indiciaire et le complément indiciaire ;
- de la cotisation RAFP (retraite complémentaire de l'agent affilié à la CNRACL) appliquée sur le régime indemnitaire ;
- des cotisations CSG – CRDS sur l'ensemble du salaire de référence.

35.2 Pour l'agent de droit privé et l'assistant familial

Le salaire de référence servant au calcul de la prestation incapacité est calculé sur la base de la moyenne des salaires nets avant impôt des 12 derniers mois civils qui précèdent l'arrêt de travail.

Si l'adhérent ne dispose pas de ces 12 mois de rémunération, le salaire de référence est la moyenne des salaires nets avant impôt qui précèdent l'arrêt de travail.

Le salaire de référence est établi à partir de l'assiette de cotisations, déduction faite :

- de la cotisation vieillesse ;
- de la cotisation IRCANTEC ;
- et de la CSG – CRDS.

35.3 Dispositions communes

La prestation est calculée sur la base du salaire de référence, déduction faite de l'indemnité versée par

l'employeur et/ou la Sécurité sociale et suivant le taux de couverture du Contrat, indiqué au tableau des garanties.

Les heures supplémentaires et les heures complémentaires sont exclues de la base des garanties.

Les primes, indemnités et rappels versés à l'adhérent lors du départ de la collectivité, ou ultérieurement, sont exclus du salaire de référence.

En tout état de cause, le salaire de référence retenu par la Mutuelle correspond au traitement effectivement déclaré par l'adhérent à la Mutuelle avant le sinistre, et ayant été intégré à l'assiette des cotisations.

ARTICLE 36 · PÉRIODE DE LA GARANTIE

36.1 Pour l'agent de droit public

La Mutuelle intervient en complément des droits statutaires de l'agent à compter de la période d'arrêt de travail dès lors que l'adhérent perçoit des prestations de la part de son employeur en application du régime statutaire de la Fonction publique territoriale ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

La Mutuelle intervient après une période de franchise correspondant à la période de plein traitement par l'employeur, variable selon les types de congés maladie. Elle intervient ensuite dans la limite de 1095 jours sauf pour le régime indemnitaire, plafonné à 1825 jours (la prise en charge du régime indemnitaire pouvant débuter pendant la période de plein traitement par l'employeur). Dans tous les cas, la Mutuelle intervient dans la limite des droits statutaires de l'adhérent.

La Mutuelle peut également intervenir lorsque l'adhérent est placé en disponibilité d'office après épuisement de certains droits statutaires.

En cas de disponibilité d'office pour raison de santé à titre conservatoire avec maintien du demi-traitement, dans l'attente de l'avis du Conseil médical :

Lorsque l'adhérent est dans l'attente d'une décision du Conseil médical, l'employeur peut être tenu de maintenir le demi-traitement le temps de recevoir la décision. Dans ce cas, l'adhérent est placé en disponibilité d'office pour raison de santé à titre conservatoire avec maintien du demi-traitement.

Cette disponibilité d'office est prise en charge par la Mutuelle en continuant de verser des indemnités à l'adhérent, en complément de celles versées par l'employeur et les organismes complémentaires.

En cas de disponibilité d'office avec indemnités de coordination ou allocation d'invalidité temporaire : L'adhérent peut être placé en disponibilité d'office par le Comité médical avec le versement d'indemnités de coordination ou une allocation d'invalidité temporaire lorsqu'il est considéré inapte temporairement. Cette situation concerne les agents relevant du régime de la CNRACL ou du régime IRCANTEC.

Après un congé de maladie ordinaire, l'adhérent

perçoit des indemnités de coordination de la part de l'employeur. Dans ce cas, la Mutuelle peut être amenée à verser une prestation complémentaire. Cette indemnité est versée par la Mutuelle au maximum deux ans. La disponibilité d'office peut être prolongée par l'employeur mais la Mutuelle n'interviendra pas au-delà de ce délai de deux ans.

Après un congé de longue maladie, de longue durée ou grave maladie, si l'adhérent est toujours considéré comme inapte temporairement, il perçoit une allocation d'invalidité temporaire versée par l'employeur. Dans ce cas, la Mutuelle peut intervenir en versant une prestation complémentaire dans la limite d'un an.

36.2 Pour l'agent de droit privé et l'assistant familial

La Mutuelle intervient en complément des droits à congés maladie versés par la Sécurité sociale dans la limite du niveau de couverture indiqué au tableau des garanties. Le versement des prestations par la Mutuelle est subordonné au versement des prestations versées par le régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

La Mutuelle intervient dans la limite de 1095 jours à compter de la date de l'arrêt.

ARTICLE 37 · RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS

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

- les 4 derniers bulletins de salaire dont celui impacté par la perte de salaire pour l'agent affilié à la CNRACL OU les 12 derniers bulletins de salaire pour l'agent affilié à la Sécurité sociale ;
- 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 ;
- l'attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'adhérent pour les non-titulaires ;
- la copie de l'avis de la Sécurité sociale pour l'ouverture des droits à prestations, dans le cas d'une mise en disponibilité d'office.
- le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du Service médical de la Mutuelle ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP ou RICE) de l'adhérent.

En tout état de cause, la Mutuelle peut demander toute pièce justificative supplémentaire, utile à l'instruction du dossier.

ARTICLE 38 · TERME DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Le versement des indemnités journalières cesse :

- à la date de reprise d'activité ;
- à la date à laquelle cessent les prestations d'indemnités journalières par l'employeur au titre du statut de la Fonction publique territoriale ou par l'Assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;

- à la date de mise en invalidité et au plus tard, à la date de liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent ;
- à la date de l'expiration de la durée des congés pour maladie ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite par le régime de base de l'adhérent et au plus tard, à l'âge de la retraite à taux plein automatique ;
- à la date à laquelle les conditions requises pour bénéficier de cette garantie ne sont plus remplies, notamment en cas de contrôle médical (cf. article 30) ;
- au décès de l'adhérent.

ARTICLE 39 - MAINTIEN DES PRESTATIONS

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, sous réserve d'une revalorisation indiquée à l'article 27 et jusqu'au terme des indemnités journalières.

CHAPITRE 6 GARANTIE INVALIDITE

ARTICLE 40 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Invalidité a pour objet de servir une rente à l'adhérent qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une quelconque activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et sous réserve :

- pour l'adhérent, affilié à la CNRACL : d'avoir été mis à la retraite pour invalidité et de ne pas avoir atteint l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite.
- pour l'agent affilié au régime général de la Sécurité sociale : de remplir l'une de ces deux conditions :
 - justifier d'un taux d'invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain avec un classement en 2ème ou 3ème catégorie au sens de l'article L.341-4 du Code de la sécurité sociale ;
 - justifier d'un taux d'incapacité permanente professionnelle au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail au sens de l'article L.434-2 du Code de la sécurité sociale.

Pour rappel, le paiement des prestations par la Mutuelle peut être subordonné à un contrôle médical (cf. article 30).

ARTICLE 41 - PÉRIODE DE LA GARANTIE ET MONTANT DE LA PRESTATION

La Mutuelle intervient par le versement d'une rente dès la date de mise en retraite pour invalidité de l'agent ou dès la date d'attribution d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2ème ou 3ème catégorie à celui-ci.

Le montant de la rente d'invalidité est calculé sur la base de l'assiette de calcul définie à l'article 42. Le niveau de garantie est fixé au tableau des garanties.

La rente est servie tant que dure l'invalidité au sens de la définition indiquée à l'article ci-dessus et que l'adhérent perçoit une pension d'invalidité par son employeur ou la Sécurité sociale.

La poursuite du versement de la rente est conditionnée à la production de justificatifs. Si les justificatifs ne sont pas fournis dans les délais requis, le paiement de la rente est suspendu. A réception des justificatifs, le paiement de la rente sera rétabli de manière rétroactive.

ARTICLE 42 - ASSIETTE DE LA PRESTATION INVALIDITÉ

42.1 Pour l'agent de droit public

Le salaire de référence servant au calcul de la prestation invalidité est établi sur le traitement indiciaire net. Le régime indemnitaire, la nouvelle bonification et le complément indiciaire ne sont pas pris en compte dans cette assiette de prestation.

Le salaire de référence est établi à partir de l'assiette

de cotisations, déduction faite :

- des cotisations CNRACL ou IRCANTEC appliquées sur le traitement indiciaire, la nouvelle bonification indiciaire et le complément indiciaire ;
- de la cotisation RAFP appliquée sur le régime indemnitaire ;
- des cotisations CSG – CRDS sur l'ensemble du salaire de référence.

42.2 Pour l'agent de droit privé et l'assistant familial

Le salaire de référence est calculé sur la base de la moyenne des salaires nets avant impôt des 12 derniers mois civils qui précèdent l'arrêt de travail.

Si l'adhérent ne dispose pas de ces 12 mois de rémunération, le salaire de référence est la moyenne des salaires nets avant impôt qui précèdent l'arrêt de travail.

42.3 Dispositions communes

La prestation est calculée sur la base du salaire de référence et par différence entre :

- d'une part, le salaire net que l'adhérent aurait perçu au moment de sa mise en retraite pour invalidité, s'il n'avait pas été en arrêt ;
- et d'autre part, la rente invalidité versée par la CNRACL ou la Sécurité sociale.

Les heures supplémentaires et les heures complémentaires sont exclues de la base des garanties.

Les primes, indemnités et rappels versés à l'adhérent lors du départ de la collectivité, ou ultérieurement, sont exclus du salaire de référence.

En tout état de cause, le salaire de référence retenu par la Mutuelle correspond au traitement effectivement déclaré par l'adhérent à la Mutuelle avant le sinistre, et ayant été intégré à l'assiette des cotisations.

ARTICLE 43 · RÈGLEMENT DE LA RENTE

43.1 Demande de prestation

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, accompagné des pièces justificatives suivantes.

Pour l'agent affilié à la CNRACL :

- le dernier bulletin de salaire précédant l'arrêt de travail ;
- l'avis de situation de la retraite pour invalidité de la CNRACL ;
- le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du Service médical de la Mutuelle ;
- le document AF4 du Comité médical ;
- le décompte 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 ou RICE) de l'adhérent.

Pour l'agent relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- les 12 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail ;
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie ;
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66% ;
- le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du Service médical de la Mutuelle ;
- les décomptes 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 ou RICE) de l'adhérent.

Pour les agents de toute affiliation confondue à un régime de retraite ou prévoyance, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de sa pension d'invalidité ou de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la Mutuelle se réserve le droit de demander.

43.2 Versement de la rente

La rente d'invalidité est versée directement à l'adhérent après déduction des contributions obligatoires et application le cas échéant, du prélèvement à la source.

La rente est payée mensuellement avec un prorata d'arrangements au décès.

Elle est servie tant que dure l'invalidité et que l'adhérent perçoit une pension d'invalidité de la CNRACL ou de la Sécurité sociale.

Si la CNRACL ou la Sécurité sociale venait ultérieurement à réduire la pension d'invalidité servie à l'adhérent par rapport au montant initialement fixé lors du classement en invalidité de ce dernier, la Mutuelle ne pourra en aucun cas être amenée à verser une rente complémentaire supérieure à la prestation telle que déterminée lors de la déclaration d'invalidité faite initialement à la Mutuelle.

ARTICLE 44 · TERME DE LA RENTE

Le versement des prestations liées à la garantie susvisée cesse lors de la survenance de l'une des conditions prévues ci-dessous :

- la reprise de toute activité professionnelle de l'adhérent, même partielle ;
- l'atteinte de l'âge légal d'ouverture du droit à une pension de retraite ;
- en tout état de cause, dès lors que l'adhérent dépendant de la Sécurité sociale ne demande pas la liquidation de ses droits à une pension retraite alors qu'il a atteint l'âge légal ;
- l'infériorité du taux d'invalidité à 2/3 pour l'agent dépendant de la Sécurité sociale ;
- le décès de l'adhérent.

ARTICLE 45 · MAINTIEN DES PRESTATIONS

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, sous réserve d'une revalorisation indiquée à l'article 27 et jusqu'au terme de la rente.

CHAPITRE 7 GARANTIE DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

ARTICLE 46 · OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Décès - PTIA a pour objet de verser un capital, correspondant à l'option choisie, aux bénéficiaires en cas de décès ou à l'adhérent en cas de PTIA de l'adhérent.

En cas de PTIA, l'adhérent perçoit par anticipation, et à sa demande, le capital prévu en cas de décès. Le versement du capital en cas de PTIA met fin à la garantie décès - PTIA.

ARTICLE 47 · MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital est fixé au tableau des garanties et choisi par l'adhérent au moment de son adhésion au Contrat. Il est exprimé en pourcentage du salaire de référence.

La prestation est acquise au lendemain du jour du décès de l'adhérent.

ARTICLE 48 · ASSIETTE DE LA PRESTATION DECÈS - PTIA

L'assiette de prestation servant au calcul de la prestation décès - PTIA est composée du dernier salaire annuel net de l'agent connu par la Mutuelle.

ARTICLE 49 · RÈGLEMENT DU CAPITAL

Pour bénéficier du versement du capital, l'adhérent ou les bénéficiaires sont tenus de faire parvenir à la Mutuelle les pièces justificatives nécessaires listées ci-dessous. En tout état de cause, la Mutuelle pourra demander toute autre pièce utile à l'instruction du dossier. Toute demande de prestations est soumise à un contrôle administratif et le cas échéant, un contrôle médical (cf. article 30).

En cas de décès de l'adhérent :
Les bénéficiaires sont tenus d'envoyer :

- une demande de versement du capital ;
- un extrait d'acte de décès de l'adhérent ;
- le certificat médical indiquant la cause du décès ou toute pièce précisant cette cause telle qu'elle a été portée à la connaissance des tiers ;
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires ;
- un relevé d'identité bancaire des bénéficiaires.

En cas de PTIA de l'adhérent :
L'adhérent est tenu d'envoyer :

- une demande de versement du capital ;
- la copie de toute pièce officielle justifiant de l'identité de l'adhérent ;
- le certificat d'un médecin spécialiste constatant l'état de dépendance totale de l'assuré ayant recours à une tierce personne au quotidien pour se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer ;
- le certificat médical ;
- un relevé d'identité bancaire.

ARTICLE 50 · VERSEMENT DU CAPITAL

50.1 En cas de décès de l'adhérent

Le capital est versé aux bénéficiaires désignés par l'adhérent. Il peut désigner le ou les bénéficiaires de son choix, par lettre transmise à la Mutuelle et en utilisant le formulaire établi à cet effet. La désignation des bénéficiaires peut également être effectuée par voie d'acte sous seing privé ou par acte authentique (notaire...).

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'adhérent peut indiquer ses coordonnées afin de faciliter la mise en œuvre de la garantie.

Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, notamment en cas de changement de situation personnelle (naissance, mariage, divorce, etc.).

En cas de prédécès d'un bénéficiaire désigné, le capital sera versé aux autres bénéficiaires désignés, par parts égales entre eux. A défaut d'autres bénéficiaires désignés, l'ordre contractuel détaillé ci-après s'applique.

Si vous souhaitez que la part revenant à l'un des bénéficiaires désignés soit versée, en cas de prédécès de celui-ci, à ses propres héritiers et non pas aux autres bénéficiaires, il convient de la préciser dans la clause de désignation des bénéficiaires.

En l'absence de désignation de bénéficiaires par l'adhérent, le capital est versé :

- en priorité, au conjoint de l'adhérent survivant non divorcé, non séparé judiciairement, à défaut au partenaire de PACS de l'adhérent,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'adhérent, dont la filiation y compris adoptive est légalement établie, recueillis, vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents vivants de l'adhérent ou au survivant d'entre eux,
- à défaut aux héritiers de l'adhérent, à parts égales entre eux.

Le concubin n'étant pas visé par la désignation type de bénéficiaires ci-dessus, il doit être désigné expressément si tel est le souhait de l'adhérent.

50.2 En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent

La notion de PTIA de l'adhérent est définie à l'article 1. Concernant la classification des groupes iso-ressources (GIR), la Mutuelle considère comme atteintes de PTIA les personnes classées en GIR1 et GIR2.

La Mutuelle verse à l'adhérent, ou à son représentant légal, le capital prévu. Ce capital n'est dû qu'en cas de vie de l'adhérent à la date du paiement.

ARTICLE 51 · TERME DU CAPITAL

La garantie décès - PTIA cesse en tout état de cause dans les conditions figurant à l'article 8 du présent règlement mutualiste.

ANNEXE

TABLEAU DES GARANTIES

Nature des garanties	Assiette de prestation	Niveau de garanties au choix % du salaire net	
		Formule 1 Labellisée	Formule 2 Renforcée

O
B
L
I
G
A
T
O
I
R
E
S

Incapacité

Pour l'agent de droit public : à compter du passage à demi-traitement et jusqu'à l'épuisement du droit à congés ou en cas de disponibilité d'office ou maintien à demi-traitement dans l'attente de l'avis du Conseil médical.
Pour l'agent de droit privé : à compter de la date d'arrêt, sous réserve du versement des prestations par la Sécurité sociale.

Indemnités journalières	Salaire de référence (hors régime indemnitaire)	90 %	95 %
	Régime indemnitaire	40 %	45 %

Invalidité

A compter de la mise en retraite pour invalidité.
Plafond de la rente : augmenté de toute autre prestation ou indemnité, le montant ne peut excéder, selon le niveau de garantie choisi, 90% ou 95% du traitement net de référence pris en compte le jour de la prise en charge par la mutuelle revalorisé.

Rente mensuelle	Salaire de référence (hors régime indemnitaire)	90 %	95 %
-----------------	---	------	------

O
P
T
I
O
N
S

Couverture supplémentaire du régime indemnitaire

Niveau de garantie identique à celui choisi pour les garanties obligatoires.
Uniquement pour l'agent titulaire (CNRACL ou IRCANTEC) dès lors que la collectivité ne l'indemnise plus au titre de ce régime indemnitaire lorsqu'il se situe en congé de longue maladie, longue durée ou grave maladie.

Indemnités journalières	Régime indemnitaire	90 %	95 %
-------------------------	---------------------	------	------

Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie

Au moment de la survenance de l'une des deux situations.

Capital	Salaire de référence annuel	25 %
		50 %
		75 %
		100 %

Salaire de référence de l'agent de droit public : traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + complément de traitement indiciaire + régime indemnitaire éventuel (uniquement pour les agents CNRACL & IRCANTEC) mensuels.

Salaire de référence de l'agent de droit privé ou l'assistant familial : moyenne des salaires nets avant impôt des 12 derniers mois civils qui précèdent l'arrêt de travail.

Pour rappel, la Mutuelle exclut systématiquement le Complément Indemnitaire Annuel (CIA).

L'intervention de la Mutuelle s'entend sous déduction des sommes versées par l'employeur en application du régime statutaire de la Fonction publique territoriale et/ou par la CNRACL pour l'agent de droit public ou le régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale pour l'agent de droit privé.

L'agent devenu adhérent au Contrat est automatiquement adhérent à la convention d'assistance souscrite par TERRITORIA mutuelle à destination de ses adhérents.

L'OFFRE DE TERRITORIA MUTUELLE

SANTÉ - PRÉVOYANCE - PRÉVENTION

Pour plus
de renseignements,
contactez-nous :

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 302 927 553
Siège social | 51 boulevard Marius Vivier Merle | 69003 LYON