



RÈGLEMENT MUTUALISTE

—
PACK PRÉVOYANCE

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	6
Article 7 · Résiliation de l'adhésion	6
Article 8 · Fausse déclaration intentionnelle	7
Article 9 · Omission ou déclaration inexacte	7
Article 10 · Réclamation - Médiation	7

CHAPITRE 2 COTISATIONS

Article 11 · Modalités de calcul des cotisations	7
Article 12 · Assiette de cotisations	7
Article 13 · Paiement des cotisations	7

CHAPITRE 3 PRESTATIONS

Article 14 · Généralités	8
Article 15 · Attribution des prestations	9

CHAPITRE 4 EXCLUSIONS

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

CHAPITRE 5 GARANTIE INCAPACITÉ

Article 17 · Objet de la garantie	10
Article 18 · Durée de la garantie	10
Article 19 · Liquidation des prestations	11
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	12
Article 23 · Versement de la prestation	12
Article 24 · Montant de la prestation	12
Article 25 · Liquidation de la rente	12

CHAPITRE 7 GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Article 26 · Objet de la garantie	12
Article 27 · Versement de la prestation	12
Article 28 · Montant de la prestation	13
Article 29 · Règle de cumul	13
Article 30 · Versement de la Rente	13

CHAPITRE 8 GARANTIE DÉCÈS + PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Article 31 · Objet de la garantie	13
Article 32 · Montant du capital	13
Article 33 · Règlement du capital	13
Article 34 · Définition des bénéficiaires	13

CHAPITRE 9 GARANTIE DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE PAR ACCIDENT

Article 35 · Objet de la garantie	14
Article 36 · Montant du capital	14
Article 37 · Règlement du capital	14
Article 38 · Définition des bénéficiaires	14

CHAPITRE 10 GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE ACCESSOIRE ASSISTANCE

Article 39 · Garantie supplémentaire	14
--------------------------------------	----

CHAPITRE 11 CONTRÔLE

Article 40 · Contrôle	15
-----------------------	----

PRÉAMBULE

En application de l'article L211-5 du Code de la mutualité, APICIL MUTUELLE, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N°302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire, se substitue intégralement à TERRITORIA mutuelle dont le siège social est situé 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 CHAURAY Cedex pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la mutuelle 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'il sont définis dans le présent règlement mutualiste.

La mutuelle substituante 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, ayant appartenu ou en lien avec la fonction publique, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale. En cas de carence de la mutuelle substituée pour fixer ces paramètres, ils seront déterminés par la mutuelle substituante. APICIL MUTUELLE dispose d'un agrément pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22. Si l'agrément d'APICIL MUTUELLE lui était retiré ou était déclaré caduc pour l'une de ces branches, les garanties seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant.

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, perte de retraite et décès-PTIA) et qui :

- sont agents de collectivités territoriales ou de leurs établissements publics et fonctionnaires d'Etat et qui sont domiciliés en France, ou dans les Départements, Régions et Territoires d'Outre-Mer;

- ont souscrit, à titre individuel, les garanties « Prévoyance » définies en annexe I au présent règlement :

- 1/ Garantie Incapacité obligatoire à hauteur de 90% ou 95%
- 2/ Garantie Invalidité à hauteur de 90% ou 95%
- 3/ Garantie Perte de retraite
- 4/ Garantie Décès PTIA Toutes causes
- 5/ Garantie Décès PTIA Accidentel

Le bulletin d'adhésion au présent règlement précise l'identité de l'adhérent et à la ou les formules choisies.

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'une rente à l'adhérent en cas d'invalidité

- de la compensation de la perte de retraite consécutive à une mise en retraite pour invalidité,

- d'un capital décès.

Une garantie supplémentaire accessoire « Assistance », définie au chapitre 7 ci-après, est incluse dans chacune des options de garanties proposées.

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

CERTIFICAT D'ADHÉSION : document adressé par la mutuelle afin de signifier au membre participant l'acceptation de son adhésion ainsi que les éventuelles modalités de cette adhésion

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). Sa validité est de 3 mois à partir de la date de signature.

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. Sa validité est de 3 mois à partir de la date de signature.

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 totale, permanente et présumée définitive de se livrer à un travail ou à une activité susceptible de lui procurer gain ou profit. Pour les assurés relevant du régime spécial de la fonction publique, le taux d'invalidité reconnu par la CNRACL (ou la structure de retraite compétente) doit être de 50% au minimum. Pour les assurés relevant du régime général de la sécurité sociale, l'invalidité doit être classée en 2° ou 3° catégorie au sens de l'article L341-4-2 et 3° du Code de la sécurité sociale, ou faire l'objet d'un taux d'incapacité permanente de 66% minimum dans le cas d'une invalidité d'origine professionnelle.

PERTE DE RETRAITE : garantie ayant pour objet le versement d'une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime de vieillesse de l'assuré, en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite.

DÉCÈS ACCIDENTEL : décès survenant en conséquence d'un accident dans les douze mois suivant la date à laquelle celui-ci est survenu.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) : la personne garantie se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un accident, médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit et dont l'état oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (on parle également d'invalidité totale et permanente ou d'« Invalidité de 3° catégorie »).

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/MNFCT et qui bénéficie des prestations de la mutuelle, dans le cadre d'une adhésion individuelle

MUTUELLE : TERRITORIA MUTUELLE, Organisme assureur

NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire

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

SRE : Service des Retraites de l'Etat

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 affiliés à la CNRACL (ou au SRE) ;

- Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps non complet et affiliés à la CNRACL (ou au SRE) ;

- Les agents titulaires et stagiaires d'un emploi permanent à temps non complet et affiliés à l'IRCANTEC ;

- Les agents contractuels (hors vacataires) et affiliés à l'IRCANTEC.

Les agents vacataires et assistantes maternelles effectuant plus de 200 heures par trimestre et affiliés au régime général de la sécurité sociale.

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 nécessite 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 complétées 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.

L'adhésion est entérinée par le certificat d'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. En l'absence de communication de ces informations dans les délais requis par la mutuelle, la

cotisation est majorée de 5%.

L'adhérent tient ses bulletins 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 une lettre recommandée avec accusé de réception 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 **PACK PREVOYANCE** 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 1^{er} janvier de l'année suivant la demande de changement de garantie,
- à la date de la notification de la modification des garanties, apportée par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Toute demande d'ajout de garantie(s) ou de niveau d'indemnisation des garanties incapacité de travail et invalidité, perte de retraite et décès-PTIA 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 n'exerce plus en qualité d'agent public,

- au décès de l'agent,

- à la date de la liquidation de la retraite de l'adhérent, excepté pour la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité

- à l'âge légal de la retraite à taux plein au plus tard, pour les garanties « **Incapacité** », « **Décès ou PTIA toutes causes** » et « **Décès ou PTIA accidentel** »,

- à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite au plus tard, pour les garanties « **Invalidité** » et « **Perte de retraite** ».

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

RÉSILIATION ANNUELLE

L'adhésion au présent règlement cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent, si elle est notifiée au plus tard le 31 octobre de chaque année, ou dans le délai mentionné sur l'avis d'échéance de cotisations. Lorsque le membre participant dénonce son adhésion au règlement mutualiste, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- 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
- par un mode de communication à distance, lorsque le contrat a été conclu par ce biais

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

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 aux 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 de l'exécution ou de l'application du contrat et pour toute réclamation, 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.** 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. Le taux peut être majoré de 5% en cas de non communication des informations par l'adhérent, conformément à l'article 5 ci-dessus.

ARTICLE 12 · ASSIETTE DE COTISATIONS

L'assiette de la cotisation de la garantie incapacité 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.

L'assiette de la cotisation des garanties invalidité, perte de retraite, décès-PTIA toutes causes et décès-PTIA accidentel est constituée du traitement indiciaire brut de l'agent.

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.

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 les garanties choisies 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'une rente mensuelle en cas d'invalidité de l'adhérent.

Le versement d'un capital en cas de décès.

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 sont calculées à partir des éléments suivants, précisés sur le bulletin d'adhésion :**

- le traitement indiciaire net et le cas échéant la NBI correspondant au traitement indiciaire brut et le cas échéant la NBI ayant servi au calcul de la cotisation au titre du présent contrat, diminués des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires,
- les primes ou indemnités nettes correspondant aux primes et indemnités brutes 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, pour la garantie incapacité, **TERRITORIA MUTUELLE** limite son intervention à 40% (Garantie incapacité à 90%) ou à 45% (Garantie incapacité à 95%) du montant net de la prime ayant donné lieu à cotisation et, ce, à compter de la fin de la période à plein traitement.

Les prestations proposées en cas d'invalidité, de perte de retraite ou de décès-PTIA sont calculées à partir du traitement indiciaire net correspondant au traitement

indiciaire brut ayant servi au calcul de la cotisation au titre du présent contrat, diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires.

14.5 Revalorisation

Les prestations en cours de service sont revalorisées dans les mêmes proportions, et à la même date, que la variation de la valeur du point d'indice applicable à la fonction publique.

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, d'invalidité, de perte de retraite, ou décès-PTIA 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 legal de l'employeur de l'adherent,
- de competitions sportives autres que celles de pur amateurisme,
- d'activites sportives et de loisirs pratiquées dans le non-respect de la reglementation, des regles, consignes et recommandations de securite, de prudence elementaire ou pratiquées au moyen d'un materiel non-conforme a l'usage ou aux pratiques,
- de la pratique de sports dangereux tels que sports aeriens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports necessitant l'utilisation de vehicules a moteur, raids, acrobaties mais aussi tentatives de records, paris, matches, demonstrations,
- de faits de guerres etrangeres lorsque la france est partie belligerante,
- de guerres civiles ou etrangeres, attentats, actes de terrorisme, insurrections, emeutes, complots, mouvements populaires quel que soit le lieu de deroulement de ces evenements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active,
- de cataclysmes tels que tremblement de terre, eruption volcanique, raz de maree,
- de la participation de l'adherent a 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'alcoolemie superieur a la limite fixee par le code de la route,
- de l'usage de stupefiants, drogues, produits toxiques ou de substances medicamenteuses en dehors des limites des prescriptions médicales,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de degagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de l'action de radio isotopes,
- de l'inhalation de poussieres 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 n'ayant pas atteint l'âge de la retraite à taux plein 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, 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^eme année jusqu'à la fin de la 8^e année d'arrêt de travail.

18.2 Agents IRCANTEC 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 à compter du 91^e jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365^e jour d'arrêt de travail.

CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM) : 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.

18.3 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 365^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.

18.4 Agents contractuels de droit privé et assistants maternels et familiaux, effectuant plus de 200 heures par trimestre

Au plus tôt à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'assuré subit une perte de salaire.

18.5 Gestion des arrêts discontinus

En cas d'arrêts de travail fractionnés ou discontinus, l'intervention de la mutuelle pourra être amenée à dépasser les droits définis aux articles 18.1 à 18.3. Dans tous les cas, l'indemnisation de la mutuelle ne se poursuivra pas au-delà des prestations prévues par le statut de la fonction publique.

18.6 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 et décrit à l'annexe I.

L'indemnisation par la mutuelle intervient uniquement pendant la période à demi-traitement par l'employeur. En aucun cas le régime indemnitaire n'est couvert pendant la période 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, 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 la Commission de réforme,

• l'arrêté concerné de l'employeur public,

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

• un Relevé d'Identité Bancaire 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 d'état 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 à l'âge légal de la retraite à taux plein,
- soit du décès de l'adhérent,
- soit de l'âge légal de la retraite à taux plein,
- soit, après avis du Médecin conseil de la mutuelle, à compter de la date à laquelle l'agent sera reconnu apte à exercer une activité professionnelle quelconque, notamment dans le cadre d'un poste aménagé ou d'un reclassement,
- soit en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'assuré

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'une rente mensuelle aux membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie d'origine professionnelle et :

- pour les agents CNRACL (ou SRE), qui sont mis en retraite
- pour invalidité et justifient d'un taux d'invalidité de plus de 50%,
- pour les agents affiliés à la Sécurité sociale, sont reconnus invalides de catégorie 2 ou 3 et bénéficient d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale, ou justifient d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 66% dans le cas d'une invalidité d'origine professionnelle.

ARTICLE 23 · VERSEMENT DE LA PRESTATION

La rente est versée dès la date de mise en retraite pour invalidité ou dès le premier versement d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie.

Le versement de la rente prend fin dès :

- la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle ;
- le résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'assuré ;
- l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite ;
- la liquidation d'une pension de retraite ;
- le décès de l'assuré.

ARTICLE 24 · MONTANT DE LA PRESTATION

La rente est calculée sur la base du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois au titre de son régime d'affiliation (pension d'invalidité CNRACL ou SRE ou pension d'invalidité de la Sécurité Sociale).

ARTICLE 25 · LIQUIDATION DE LA RENTE

Afin d'obtenir le paiement de la rente, 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 décompte de liquidation de la pension de la CNRACL,
 - les bulletins de paiement de la CNRACL,
 - un Relevé d'Identité Bancaire 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 (2 ou 3)
 - la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur à 66%, précisant le taux d'incapacité permanente,
 - les décomptes de paiement de la Sécurité sociale,
 - un Relevé d'Identité Bancaire de l'adhérent.

POUR LES AGENTS RELEVANT DU SERVICE DES RETRAITES DE L'ÉTAT :

- l'avis de situation de la retraite pour invalidité du service des retraites de l'Etat compétent, mentionnant le taux d'invalidité, le décompte de liquidation de la pension du service des retraites de l'Etat compétent,
- les bulletins de paiement du service des retraites de l'Etat,
- un Relevé d'Identité Bancaire de l'adhérent.

CHAPITRE 7 GARANTIE PERTE DE RETRAITE

La garantie perte de retraite ne peut être souscrite qu'associée aux garanties Incapacité et Invalidité. Elle ne s'adresse pas aux personnes relevant du régime Ircantec.

ARTICLE 26 · OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime de vieillesse de l'assuré, en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite. L'invalidité s'entend telle qu'elle est définie aux articles 3 et 22 du présent règlement.

ARTICLE 27 · VERSEMENT DE LA PRESTATION

La rente viagère est servie mensuellement et à terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par les organismes d'assurance retraite de l'assuré, et au plus tôt à compter de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite. Le service de la rente viagère prend fin à la date du décès de l'assuré.

ARTICLE 28 · MONTANT DE LA PRESTATION

Le montant de la rente annuelle est égal à 100% de la perte de retraite. La perte de retraite est définie :

- pour les agents relevant de la CNRACL (ou du SRE), par la différence entre le montant de la pension versée par la CNRACL (ou le SRE) que le membre participant aurait perçu à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite s'il n'avait pas cessé son activité et le montant de la pension versée par la CNRACL (ou le SRE) ;

ARTICLE 29 · RÈGLE DE CUMUL

L'ensemble du montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite servi par l'assureur ne peut excéder le produit de 75% du traitement indiciaire brut annuel.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'assureur au titre de la garantie Invalidité Permanente, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération. Le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs ne sont pas prises en compte dans la règle de cumul. En cours de service, la rente versée par l'assureur est revalorisée annuellement. Les coefficients de revalorisation sont fixés annuellement par l'assemblée générale de TERRITORIA MUTUELLE.

ARTICLE 30 · VERSEMENT DE LA RENTE

Pour bénéficier du versement de la rente, la mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année
- Un titre de pension de retraite.

CHAPITRE 8 GARANTIE DÉCÈS + PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

ARTICLE 31 · OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes a pour objet de verser un capital aux

bénéficiaires ou au membre participant en cas de décès, ou de Perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré. Cette garantie présente un caractère temporaire, annuel et révisable. L'assemblée générale de la mutuelle statue annuellement sur le maintien de cette garantie.

Le membre participant est considéré comme atteint de la Perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est prouvé, avant l'âge légal de la retraite, 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 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 ou du SRE.

Le versement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie Décès.

ARTICLE 32 · MONTANT DU CAPITAL

Le contrat a pour objet le versement d'un capital aux bénéficiaires ou à l'adhérent correspondant à une année de traitement indiciaire net du membre participant.

ARTICLE 33 · RÈGLEMENT DU CAPITAL

Pour bénéficier du versement du capital en cas de décès du membre participant, la mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Un extrait d'acte de décès du membre participant,
- Les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires,
- Un certificat médical précisant que le décès n'est pas lié à une pathologie exclue de la couverture du contrat le cas échéant.

Pour bénéficier du versement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, la mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Les certificats médicaux
- La notification de la Sécurité Sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

ARTICLE 34 · DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

34.1 Décès

En cas de décès du membre participant, le capital est versé :

- en priorité au conjoint du membre participant non séparé judiciairement ou au partenaire lié au membre participant par un PACS,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du membre participant légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis,

- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents du membre participant ou au survivant d'entre eux,

- à défaut aux héritiers du membre participant à proportion de leurs parts héréditaires.

Le membre participant peut, toutefois désigner sur le bulletin d'adhésion, par lettre transmise à la mutuelle par acte sous seing privé ou par acte authentique le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix. En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le membre participant, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par l'assuré, les dispositions ci-dessus s'appliquent.

34. 2 Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas d'Incapacité Absolue et Définitive reconnue par la mutuelle, celle-ci paiera au membre participant ou à son représentant légal, le capital prévu. Ce capital n'est dû qu'en cas de vie du membre participant à la date du paiement.

CHAPITRE 9 GARANTIE DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE PAR ACCIDENT

La garantie décès et Perte totale et irréversible d'autonomie par accident ne peut être souscrite qu'associée à la garantie décès et Perte totale et irréversible d'autonomie toute cause.

ARTICLE 35 · OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie décès par accident a pour objet de verser un capital aux bénéficiaires ou au membre participant en cas de décès par accident, ou de Perte totale et irréversible d'autonomie par accident du membre participant avant l'entrée en jouissance des droits à la retraite de l'assuré. Cette garantie présente un caractère temporaire, annuel et révisable. L'assemblée générale de la mutuelle statue annuellement sur le maintien de cette garantie.

Le membre participant est considéré comme atteint de Perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est prouvé, avant l'âge légal de la retraite, 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 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. Le versement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie Décès.

ARTICLE 36 · MONTANT DU CAPITAL

Le contrat a pour objet le versement d'un capital aux bénéficiaires ou à l'adhérent correspondant à une année de traitement net du membre participant.

ARTICLE 37 · RÈGLEMENT DU CAPITAL

Pour bénéficier du versement du capital en cas de décès du

membre participant, la mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Un extrait d'acte de décès du membre participant,
- Les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires,
- Un certificat précisant que le décès n'est pas liée à une pathologie exclue de la couverture du contrat le cas échéant.

Pour bénéficier du versement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, la mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Les certificats médicaux,
- La notification de la Sécurité sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

ARTICLE 38 · DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

38. 1 Décès

En cas de décès du membre participant, le capital est versé :

- en priorité au conjoint du membre participant non séparé judiciairement ou au partenaire lié au membre participant par un PACS,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du membre participant légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents du membre participant ou au survivant d'entre eux,
- à défaut aux héritiers du membre participant à proportion de leurs parts héréditaires.

Le membre participant peut, toutefois désigner sur le bulletin d'adhésion, par lettre transmise à la mutuelle par acte sous seing privé ou par acte authentique le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix. En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le membre participant, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par l'assuré, les dispositions ci-dessus s'appliquent.

38. 2 Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas d'Incapacité Absolue et Définitive reconnue par la mutuelle, celle-ci paiera au membre participant ou à son représentant légal, le capital prévu. Ce capital n'est dû qu'en cas de vie du membre participant à la date du paiement.

CHAPITRE 10 GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE ACCESSOIRE ASSISTANCE

ARTICLE 39 · GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE

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 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 11 CONTRÔLE

ARTICLE 40 · CONTRÔLE

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

ANNEXE 1

FORMULES DE GARANTIES

GARANTIES DE BASE

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES BASE À 95%

Maintien à 95% du TIB + NBI nets
Option RI 45% facultative : maintien du RI à 45% uniquement pendant la période à demi-traitement par l'employeur

INCAPACITÉ

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES BASE À 90%

Maintien à 90% du TIB + NBI nets
Option RI 40% facultative : maintien du RI à 40% uniquement pendant la période à demi-traitement par l'employeur

AUTRES GARANTIES

INVALIDITÉ

RENTE MENSUELLE

Maintien à 90% ou 95% du traitement indiciaire net

PERTE DE RETRAITE

RENTE MENSUELLE

Versement de 100% de la perte de retraite

DÉCÈS ET PTIA

(décès toutes causes)

CAPITAL

Versement d'un capital de 100% du traitement indiciaire net

DÉCÈS ET PTIA

(décès accidentel)

CAPITAL

Versement d'un capital de 100% du traitement indiciaire net

ANNEXE 1

FORMULES DE GARANTIES

TAUX DE COTISATION

GARANTIE DE BASE

AGE DE L'ADHÉRENT AU 1^{er} JANVIER 2024

	< 40 ans	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60 ans et +	
INCAPACITÉ	Base à 90%	0,62%	0,80%	0,86%	0,95%	0,98%
	Base à 95%	0,70%	0,90%	0,98%	1,06%	1,09%

AUTRES GARANTIES

AGE DE L'ADHÉRENT AU 1^{er} JANVIER 2024

	< 40 ans	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60 ans et +	
INVALIDITÉ	90% si incapacité 90%	0,11%	0,44%	0,85%	0,94%	0,94%
	95% si incapacité 95%	0,12%	0,51%	0,96%	1,06%	1,06%
Perte de retraite	0,23%	0,84%	1,71%	1,71%	1,71%	
Décès - PTIA toutes causes	0,12%	0,29%	0,49%	0,70%	1,02%	
Décès - PTIA accidentel	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	

L'assiette de cotisation varie selon l'option retenue :
avec option RI 40% ou 45%, assiette de cotisation = TIB + NBI + RI
sans option RI, assiette de cotisation = TIB + NBI

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

ANNEXE 2

MUT'NOV SERVICE +

MUT'NOV SERVICES + C'EST QUOI ?

MUT'NOV SERVICES +, c'est un site web 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 web.

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.**

ANNEXE 2

MUT'NOV SERVICE +

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 œuvre sur 30 jours

Livraison de médicaments : 1 A/R par semaine (limité à 4 semaines) jusqu'à la pharmacie la plus proche ou portage à domicile

En cas d'immobilisation > 5 jours de l'adhérent ou du conjoint

Livraison de courses : Jusqu'à 1 commande par semaine (limité à 4 semaines) - A/R au centre commercial ou livraison à domicile

Portage de repas (tenant compte des régimes alimentaires)
Jusqu'à 1 forfait de livraison par semaine (limité à 4 semaines)

Portage d'espèces : Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)

Coiffure à domicile : 1 déplacement dans les 30 jours

Transport sur le lieu de travail : 10 trajets domicile/travail ou inversement (50km du domicile max)

Petits travaux de bricolage/jardinage (mise en relation)

UN SOUTIEN DANS LA DURÉE EN CAS DE COUP DUR

ENVELOPPES DE SERVICES

Prise en charge et mise en œuvre sur 1 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 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 | 38 rue François Peissel | 69300 Caluire et Cuire